

Aus der Psychosomatischen Klinik Windach

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Michael Zaudig

**Einflussfaktoren auf die Dauer der stationären  
psychosomatischen Krankenhausbehandlung**

Dissertation zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Monika Jans

aus  
Biled (Rumänien)

2014

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Michael Zaudig

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Peter Falkai

Mitbetreuung durch den

Promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. Michael Zaudig

Dekan: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 26.06.2014

# INHALT

<b>1. Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2. Theoretischer und empirischer Hintergrund</b>	<b>7</b>
2.1 Begriffsdefinitionen	7
2.1.1 Psychische Störungen	7
2.1.2 Depressive Erkrankungen	8
2.1.3 Psychiatrie und Psychosomatik	10
2.1.4 Psychosomatische Krankenhausbehandlung	12
2.1.5 Verweildauer und Behandlungsdauer	14
2.2 Psychosomatik in Deutschland	14
2.2.1 Entwicklung der psychosomatischen Krankenhausbehandlung	14
2.2.2 Aktuelle psychosomatische Versorgungssituation	16
2.2.3 Aktueller gesundheitspolitischer Hintergrund	20
2.3 Bekannte Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer	21
2.3.1 Soziodemographische Variablen	22
2.3.2 Krankheitsbezogene Faktoren	23
2.3.3 Weitere potentielle Einflussfaktoren	26
<b>3. Fragestellung und Hypothesen</b>	<b>27</b>
3.1 Fragestellung und Zielsetzung	27
3.2 Hypothesen	28
<b>4. Methodik</b>	<b>30</b>
4.1 Studiendesign	30
4.2 Patientenkollektiv	30
4.2.1 Beschreibung der Studienklinik: Institution und Behandlungskonzept	30
4.2.2 Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien	31
4.2.3 Stichprobengröße	32
4.3 Datenerhebung und Messzeitpunkte	33
4.4 Zielparameter und Messinstrumente	33
4.4.1 Abhängige Variable: Behandlungsdauer	33
4.4.2 Unabhängige Variablen	33
4.4.3 Psy-BaDo-PTM	34
4.4.4 ISR	35
4.5 Statistische Auswertung	36
4.5.1 Bivariate Analyse	38
4.5.2 Mehrfaktorielle Varianzanalyse	39
4.5.3 Klassifikationsanalyse	39
<b>5. Ergebnisse</b>	<b>40</b>
5.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe	40
5.1.1 Soziodemografische Merkmale	40

5.1.2 Krankheitsbezogene Merkmale .....	43
5.1.3 Behandlungsdauer .....	46
5.2 Ergebnisse der bivariaten Auswertung.....	47
5.2.1 Soziodemografische Merkmale .....	48
5.2.2 Krankheitsbezogene Merkmale .....	63
5.2.3 Weitere Variablen .....	73
5.2.4 Übersicht der bivariaten Analyse.....	75
5.3 Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse .....	77
5.4 Ergebnisse der Klassifikationsanalyse .....	78
5.5 Ergebnisse im Überblick .....	79
<b>6. Diskussion .....</b>	<b>81</b>
6.1 Diskussion der Methodik.....	81
6.2 Diskussion der Ergebnisse.....	83
6.3 Bedeutung der Behandlungsdauer.....	89
<b>7. Zusammenfassung.....</b>	<b>92</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>94</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>100</b>
Anhang 1: PsyBaDo-PTM Version 4.1 vom 3.2.2009 (Auszug).....	101
Anhang 2: Recodierungen .....	110
Anhang 3: Bewertung der Vorbehandlungen .....	111
<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>112</b>

# 1. Einleitung

Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts erleiden 37 Prozent der Frauen und 25 Prozent der Männer in Deutschland innerhalb eines Jahres eine psychische Störung (Robert-Koch-Institut 2008), wie z.B. eine Depression oder eine Angststörung. Psychische Störungen beeinträchtigen die mentale und körperliche Funktionsfähigkeit der Betroffenen, zeigen häufig einen protrahierten Verlauf und können zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität sowohl der Patienten als auch ihrer Angehörigen führen. Nicht selten scheiden Patienten mit psychischen Erkrankungen durch Suizid aus dem Leben.

Die epidemiologische, ökonomische und gesundheitspolitische Bedeutung psychischer Krankheitsbilder nimmt kontinuierlich zu. 2011 wurden 1,2 Millionen Menschen wegen psychischer Störungen im Krankenhaus behandelt. Psychische Erkrankungen sind die häufigste Ursache für eine vorzeitige Berentung. Folgeerkrankungen psychischer und körperlicher Natur und deren Therapien, so wie der Arbeitsausfall bei chronischen Erkrankungen schlagen ebenfalls zu Buche (Schmieder 2010). Über 30% der in der Bundesrepublik insgesamt anfallenden direkten und indirekten Krankheitskosten werden für Patienten mit psychischen und neurologischen Erkrankungen ausgegeben (Gaebel et al. 2007). Dass die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 2001 die Verbesserung der Versorgung psychischer Erkrankungen zu einer weltweiten Schwerpunktaufgabe erklärt hat, verwundert angesichts dieser Entwicklung, die nicht auf Deutschland beschränkt ist, nicht.

Die bisherige Versorgungssituation in der Psychosomatischen Medizin ist gekennzeichnet durch eine ausgeprägte Heterogenität der Behandlungsansätze ebenso wie der Behandlungsdauern. Vor diesem Hintergrund ist das primäre Anliegen dieser Arbeit, zu untersuchen, wodurch die bisherige Streuung der Behandlungsdauer verursacht ist. Um diese Fragestellungen einerseits an einer epidemiologisch und gesundheitsökonomisch hinreichend relevanten Population, andererseits aus methodischen Gründen nicht zu heterogenen Gruppe untersuchen zu können, wurde der Bereich der depressiven Störungen für die vorliegende Analyse ausgewählt.

Nun sind Untersuchungen zur Behandlungsdauer in der psychosomatischen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung nichts Neues. Sie erfreuen sich vielmehr im Rahmen der seit Jahren zunehmenden Kosten- und Effizienzorientierung im Gesundheitswesen „besonderer Aufmerksamkeit“ (Richter 2001). Neue Untersuchungen sind dennoch gerechtfertigt, weil die Vorhandenen sich zum Großteil auf andere Settings beziehen, häufig schon älteren Datums sind (mit Schwerpunkt in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts)

und nicht selten widersprüchliche Ergebnisse liefern. Insbesondere herrscht ein „genereller Mangel an Untersuchungen aus dem Bereich der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung, die den Zusammenhang zwischen ICD-10-Diagnosen und Verweildauer untersuchen“ (Franz et al. 2000, zitiert nach Zaudig 2004).

Diese Studie reiht sich damit in andere Arbeiten zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung als Teilbereich der Gesundheitssystemforschung ein, „deren Gegenstand stets die Realversorgung und deren Zielsetzung und Aufgabe die evidenzbasierte Evaluation und Planung der psychotherapeutischen Versorgung ist“ (Tritt et al. 2007).

## 2. Theoretischer und empirischer Hintergrund

### 2.1 Begriffsdefinitionen

#### 2.1.1 Psychische Störungen

„Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern“ (Bastine 1998). Häufig werden diese Störungen von den Betroffenen als nicht oder nur begrenzt beeinflussbar erlebt. Sie können mit großem subjektivem Leidensdruck einhergehen und beinhalten sogar ein erhöhtes Sterberisiko (Saß et al. 1998, zitiert nach Robert-Koch-Institut 2008).

In der ICD-10 sind psychische und Verhaltensstörungen in Kapitel V zusammengefasst. 11 Unterkapitel werden unterschieden (Abb. 1.1), darunter die hier primär interessierenden affektiven Störungen sowie die gesamte Bandbreite möglicher psychischer Komorbidität.

**Abb. 1.1:** Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen nach ICD-10, F00-F99

F00-F09: Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30-F39: Affektive Störungen
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79: Intelligenzminderung
F80-F89: Entwicklungsstörungen
F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99: nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Zu den häufig auftretenden psychischen Störungen gehören Depressionen, Angststörungen, Suchtproblematiken und Persönlichkeitsstörungen. Die Bedeutung psychischer Erkrankungen wurde lange unterschätzt. Sie führten in den letzten Jahren mit steigender Tendenz in erheblichem Ausmaß zu Krankschreibungen und sind inzwischen häufigster Grund gesundheitsbedingter Frühberentungen in Deutschland (Robert-Koch-Institut 2008).

### *2.1.1.1 Persönlichkeitsstörungen*

Persönlichkeitsstörungen verdienen in diesem Zusammenhang eine besondere Erwähnung, sie gehören zu den schwerwiegenden psychischen Haupt- und Begleiterkrankungen. Es handelt sich um meist länger anhaltenden Zustandsbilder und Verhaltensmuster. "Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60.-), die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) und die Persönlichkeitsänderungen (F62.-) sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie verkörpern gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und im Verhalten (z.B. Selbstverletzung, Selbstabwertung), vor allem in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen. Häufig gehen sie mit einem unterschiedlichen Ausmaß persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher" (ICD-10, Kapitel V). Sie erfordern einen hohen Behandlungsaufwand. In einer großen Stichprobe aus 17 psychosomatischen Kliniken fanden sich bei 26,1 Prozent der Patienten mindestens eine Persönlichkeitsstörung (Konermann et al. 2006).

### **2.1.2 Depressive Erkrankungen**

Zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen gehören die Depressionen. Nach einer neueren Untersuchung betrug die Jahresprävalenz für 2010 in Europa 6,9 Prozent bei Erwachsenen im Alter von 14 bis 65 Jahren (Wittchen et al. 2011). Depressionen sind in der ICD-10 den affektiven Störungen (F30-F39, siehe auch Abb. 1.2) zugeordnet, die ein Sammelbegriff für verschiedene Formen depressiver und manischer bzw. bipolarer Erkrankungen sind. „Bei diesen stehen klinisch-bedeutsame und beeinträchtigende Störungen von Affekt, Stimmung und damit einhergehende Kognitionen im Vordergrund des Störungsbildes“ (Robert-Koch-Institut 2010). Die Mehrzahl der affektiven Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen (DIMDI 2012).

Wesentliches „Merkmal einer klinischen Depression ist die Persistenz der depressiven Kernsymptome, die mindestens zwei Wochen lang klinisch bedeutsam ausgeprägt vorliegen und eine deutliche Veränderung gegenüber dem normalen Befinden darstellen müssen“ (Robert-Koch-Institut 2010).



**Abb. 1.2:** Klassifikation affektiver Störungen nach ICD-10, F30-F39

F30	Manische Episode
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F30.8	Sonstige manische Episoden
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet
F31	Bipolare affektive Störung
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F32	Depressive Episode
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F33	Rezidivierende depressive Störung
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F34	Anhaltende affektive Störungen
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F38	Andere affektive Störungen
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen
F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung

Die depressive Episode (ICD-10 F32) ist gekennzeichnet durch eine gedrückte Stimmung und eine Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Nach jeder kleinen Anstrengung kann ausgeprägte Müdigkeit auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann vom sogenannten somatischen Syndrom begleitet werden (DIMDI 2012). Die ICD-10 unterscheidet leichte, mittelgradige und schwere Episoden.

Wiederholte depressive Episoden sind als rezidivierende depressive Störung klassifiziert (F33). Von bipolaren affektiven Störungen (F31) wird dann gesprochen, wenn mindestens zwei Episoden affektiver Syndrome manischer und depressiver Art auftreten, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau der Betroffenen gestört sind (Robert-Koch-Institut 2010). Depressive und manische Episoden wechseln sich im Krankheitsverlauf ab, wobei die Gesamtdauer depressiver Episoden meist deutlich überwiegt.

Subjektive Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Betroffenen sind durch depressive Erkrankungen erheblich eingeschränkt, die Wiedererkrankungsrate ist hoch. Etwa drei bis vier Prozent aller depressiv Kranken sterben durch Suizid (Wolfersdorf 2008). Depressive Erkrankungen haben aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer Komplikationen und Folgen eine herausragende klinische, gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Bedeutung (Robert-Koch-Institut 2010)

### **2.1.3 Psychiatrie und Psychosomatik**

*Psychiatrie* ist das medizinische Fachgebiet, welches sich mit Diagnostik, Therapie und Erforschung seelischer Erkrankungen des Menschen beschäftigt (z.B. Möller 1997). Der Vielfalt der vorkommenden psychischen Störungen und deren menschlichen und gesellschaftlichen Auswirkungen entsprechend gibt es zahlreiche Spezialgebiete, darunter die klinische Psychiatrie und die Sozialpsychiatrie. Nach Möller (1997) haben mit der Psychosomatik und Psychotherapie zwei Teilgebiete in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts Eigenständigkeit erreicht. 1970 wurde die „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ Pflichtfach im Medizinstudium in Deutschland, 1992 wurde der „Facharzt für Psychotherapeutische Medizin“ in die ärztliche Weiterbildungsordnung aufgenommen (Ermann 1999) und 2003 in Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt.

Die *Psychosomatische Medizin* ist eine noch vergleichsweise junge Disziplin, die jedoch vor dem Hintergrund der aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Sie befasst sich mit den Wechselwirkungen von seelischen („psychischen“), körperlichen („somatischen“) und psychosozialen Prozessen in Gesundheit und Krankheit (Ermann 1999), also z.B. mit ungeklärten körperlichen Beschwerden, deren eigentliche Ursache eine seelische oder psychosoziale Belastung ist. Dazu gehören beispielsweise Erschöpfungszustände oder Überforderungssituationen, aber auch Depressionen. Somatoforme Störungen können sich unter anderem als chronische Schmerzen, Tinnitus oder Magen-Darm-Beschwerden äußern. „Gegenüber dem Versorgungsbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist anzumerken, dass die Psychotherapie in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie ergänzend zur bzw. neben der Psychopharmakotherapie nur eine von mehreren Behandlungsoptionen darstellt“ (Robert-Koch-Institut 2008). In Psychosomatischen Kliniken dagegen liegt der therapeutische Schwerpunkt deutlich auf unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren.

Einen Überblick über aktuelle Entwicklungen des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gibt die von Herzog et al. (2013) im Auftrag der DKPM, der DGPM und der ständigen Konferenz der Fachvertreter 2012 erstellte Denkschrift zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Positiv gesehen wird, dass die Einführung des Facharztes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (vormals Facharzt für Psychotherapeutische Medizin), es den Ärzten ermöglichte, eine qualifizierte, über die Anforderungen eines Zusatztitels weit hinausgehende psychotherapeutische Qualifikation im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit zu erwerben. Das erleichtere die Profilierung der psychotherapeutischen Kompetenz auf die spezifischen Fragestellungen einer Psychosomatischen Klinik unter Beibehaltung und Entwicklung der ärztlichen Grundkompetenz. Parallel dazu habe sich die früher stark durch Orientierung an verschiedenen Schulen geprägte Psychotherapielandschaft deutlich entideologisiert und sich gegenüber pragmatischen, störungsorientierten Psychotherapieansätzen geöffnet, die auch in der Psychosomatik gewinnbringend auf die spezifischen Themen angewendet werden könnten. Konzeptionell habe sich der Anspruch auf einen Bereich ausgesucht psychogener Erkrankungen für die Psychosomatik erledigt – es gäbe heutzutage nur noch bio-psycho-soziale Ätiologien, was sich unterscheide, sei allenfalls das relative Gewicht dieser drei Faktoren. Gleichzeitig habe sich das Verständnis des biologischen Faktors grundlegend verändert. Galten biologische Faktoren bis vor 20 Jahren im Wesentlichen als erblich vermittelt und nach der Ausreifung als schicksalhaft, sei jetzt in vielfältiger Weise klar, dass sie, z. B. die Stressresistenz oder die Plastizität des Gehirns, genauso abhängig von Beziehungserfahrungen seien wie psychologische Aspekte, z. B. der Bindungsstil. Im wissenschaftlichen Bereich sei und bleibe die Therapieforschung die Königsdisziplin der Psycho-

somatischen Medizin und Psychotherapie. Aber auch in der Versorgungsforschung und der Grundlagenforschung würden exzellente Forschungsansätze im Fach realisiert. So konnten für die wichtigen Krankheitsbilder konsentiert aktuelle Leitlinien erstellt werden, die die Qualität der Arbeit fördern würden. Perspektivisch soll die Psychosomatische Medizin nach Herzog et al. (2013) den ganzen Menschen im Blick behalten und körperliche Vorgänge immer auch in ihrem psychosozialen Kontext betrachten. Angesichts technischer Fortschritte und der damit einhergehenden Fragmentierung in vielen medizinischen Versorgungsbereichen komme dem Fach auch die Aufgabe zu, Anwalt für das ‚Subjekt in der Medizin‘ zu sein.

#### **2.1.4 Psychosomatische Krankenhausbehandlung**

Psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhäuser und Abteilungen dienen der überwiegend psychotherapeutischen Versorgung von Patienten, die

- „einer hoch dosierten multimodalen Psychotherapie (Hochfrequenz-Psychotherapie/Intensiv-Psychotherapie) unter stationären Bedingungen bedürfen,
- deren Behandlung häufig eine Kooperation mit anderen Fächern in Diagnostik und Therapie erfordert,
- die einer Herausnahme aus ihrem psychosozialen Milieu bedürfen,
- die ambulant nur schwer oder überhaupt nicht behandelt werden können“ (Zaudig 2004).

Nach Wahlert und Mestel (2008) ist eine psychosomatische Krankenhausbehandlung dann gerechtfertigt, „wenn das Vorliegen einer (nicht ambulant oder teilstationär zu behandelnden) akuten Erkrankung oder die akute Zuspitzung einer chronischen Erkrankung bei Notwendigkeit ständiger ärztlicher Präsenz oder ärztlich geleiteter Durchführung des Behandlungskonzeptes besteht“ (Ebd., S. 261). Die Behandlung erfolgt auch, wenn Krankheitseinsicht und Motivation noch weitgehend fehlen. Die Krankheitsschwere sollte eher stark, das Strukturniveau darf eher gering ausgeprägt sein. Auch psychische Instabilität, selbstverletzendes Verhalten und somatische Begleiterkrankungen sprechen für eine stationäre Krankenhausbehandlung. Im Einzelnen werden Indikationen aus vier Bereichen für eine psychosomatische Krankenhausbehandlung genannt (Ebd., S. 263):

##### **1. Medizinische Indikationen:**

- Krankheitssymptome sollen unmittelbar behandelt werden
- akute körperlicher/psychischer Instabilität
- erforderliche diagnostische Klärung

- hohe körperliche Komorbidität und somatische Instabilität, die ein Krankenhaus mit entsprechender apparativer und personeller Ausstattung erfordert

## 2. Persönliche Indikationen:

- weitgehend fehlende Krankheitseinsicht und Motivation für Psychotherapie (Mitwirkungsbereitschaft aber vorhanden),
- zeitnahe, regionale und unaufwändige Überweisung zur stationären Krankenhausbehandlung erforderlich (z.B. bei krisenhafter Zuspitzung der Symptomatik)
- erheblich eingeschränkte körperliche und psychische Belastbarkeit

## 3. Versorgungsstrukturelle Indikationen

- Notwendigkeit ärztlicher Behandlung und Präsenz mit engmaschiger Befunderhebung steht im Vordergrund
- individueller, abgestimmter, veränderbarer Behandlungsplan erforderlich
- hohe Behandlungsdichte notwendig

## 4. Indikation nach Therapiezielen

- Heilung bzw. Linderung der Symptomatik durch eine kurative, auf einem ätiologischen Verständnis der Grunderkrankung basierende Behandlung

Darüber hinaus sollte nach Zaudig (2004) neben der Feststellung der Allgemeinkriterien die Differentialindikation geklärt werden, d.h. die Frage, ob eher ein verhaltenstherapeutischer oder ein psychodynamischer Schwerpunkt der Behandlung angezeigt ist.

Die spezifische Indikation für eine tagesklinische Behandlung in Abgrenzung zur vollstationären Behandlung liegt nach von Wietersheim et al. (2005) bei Patienten vor, die parallel zur Behandlung Kinder oder andere Angehörige versorgen müssen sowie insbesondere bei Patienten, bei denen ein Transfer von Erfahrungen aus der stationären Therapie in das alltägliche Umfeld besonders schwierig ist (Robert-Koch-Institut 2008).

Rehabilitationsmaßnahmen sind indiziert, wenn die Krankheitsfolgen behandelt werden sollen, keine unmittelbare psychische Instabilität besteht, die diagnostische Abklärung weitgehend abgeschlossen ist und eine eventuelle komorbide organische Erkrankung einigermaßen stabilisiert ist.

Für eine stationäre in Abgrenzung zu einer ambulanten Rehabilitation sprechen laut Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine ausgeprägte psychische und/oder so-

matische Komorbidität, stark verminderte psychophysische Belastbarkeit, die einer durchgängigen Stützung und Strukturierung bedarf, stark ausgeprägte Symptomatik, die eine engmaschige Betreuung und kontinuierliche Verfügbarkeit von Kriseninterventionsmöglichkeiten unverzichtbar macht sowie die Notwendigkeit einer Fremdkontrolle von schädlichen Verhaltensweisen (BAR 2004).

### **2.1.5 Verweildauer und Behandlungsdauer**

Die einrichtungsbezogene *Verweildauer* gibt die Zahl der Tage an, die ein Patient durchschnittlich in vollstationärer Behandlung verbracht hat. Sie ergibt sich aus den Belegungstagen und der Fallzahl der Einrichtung. Demnach berechnet sich die mittlere Verweildauer durch die folgende Formel:  $\text{Behandlungstage} / \text{Anzahl der Patienten}$  (Zaudig 2004), jeweils bezogen auf einen zu definierenden Zeitraum. Aufnahme- und Entlassungstag zählen zusammen als ein Tag. Unterbricht ein Patient die stationäre Behandlung im Rahmen einer Probeentlassung, so wird er mit der (geplanten) Rückkehr zu einem neuen Fall.

Dies ist bei der *Behandlungsdauer* berücksichtigt, bei der Patienten, welche nach z. B. einem Hometraining nach wenigen Tagen zurückkehren, nicht als neuer Fall gezählt werden, sondern die Belegungstage des ersten und zweiten Aufenthalts addiert werden. Die – rein formal betrachtet – zwei Aufenthalte „gelten somit als ein Behandlungsfall“ (von Heymann et al. 2003). Damit ist die Behandlungsdauer immer gleich lang oder länger als die Verweildauer.

Empfehlungen zur Verweil- bzw. Behandlungsdauer finden sich in der aktuellen S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Unipolare Depression“ nicht (DGPPN et al. 2009).

## **2.2 Psychosomatik in Deutschland**

### **2.2.1 Entwicklung der psychosomatischen Krankenhausbehandlung**

Im Nachkriegsdeutschland beginnt die Geschichte der stationären Psychotherapie und Psychosomatik mit Gründung der ersten Klinik für psychogene Störungen 1948 in Berlin (Zaudig 2004). Es folgten bald weitere Fachkliniken und -abteilungen für die stationäre und teilstationäre psychosomatische Behandlung. Bis 1975 hatten sich 35 psychosomatische Krankenhäuser neben den bestehenden psychiatrischen Einrichtungen im Versorgungssystem

etabliert. Ein Enquete-Bericht der Bundesregierung aus diesem Jahr führte dann zur Festbeschreibung dieses de facto bestehenden zweigleisigen Ansatzes und zum weiteren Ausbau psychosomatischer Akut- und Rehabilitationseinrichtungen (Zaudig 2004). Im Zuge der sich in den siebziger Jahren neben der Tiefenpsychologie und der Psychoanalyse entwickelnden klinischen Verhaltenstherapie wurde auch die Psychosomatische Klinik Windach gegründet und ist seit dem als reines Krankenhaus im Bereich verhaltenstherapeutisch orientierter Psychosomatik im Versorgungssystem etabliert (Ebd.).

Seit dem ist ein stetiger Bettenzuwachs zu verzeichnen. In den 20 Jahren von 1991 bis 2011 hat sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Fachserie 12, Reihe 6.1.1) die Zahl psychosomatischer Krankenhausbetten bei stabiler Auslastung (Tab. 2.3) mehr als verdreifacht (Tab. 2.2), ebenso wie die Zahl der psychosomatischen Krankenhäuser und Fachabteilungen (Tab. 2.1).

**Tab. 2.1:** Entwicklung der Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen seit 1991

	1991	2001	2011	Veränderung seit 1991
alle medizinische Gebiete	2.411	2.240	2.045	-15,2%
Erwachsenenpsychiatrie	364	391	412	+13,2%
Psychosomatik	61	81	190	+211,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

**Tab. 2.2:** Entwicklung der Bettenkapazität seit 1991

	1991	2001	2011	Veränderung seit 1991
alle medizinische Gebiete	665.565	552.680	502.029	-24,6%
Erwachsenenpsychiatrie	84.048	54.289	53.932	-35,8%
Psychosomatik	2.457	3.205	8.363	+240,4%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

**Tab. 2.3:** Bettenauslastung in Prozent seit 1991

	1991	2001	2011	Veränderung seit 1991
alle medizinische Gebiete	83,3	80,7	77,3	-7,2%
Erwachsenenpsychiatrie	85,9	90,3	93,9	+9,3%
Psychosomatik	92,0	94,4	92,6	+0,7%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

**Tab. 2.4:** Verweildauer in Tagen seit 1991

	1991	2001	2011	Veränderung seit 1991
alle medizinische Gebiete	14,6	9,8	7,7	-47,3%
Erwachsenenpsychiatrie	66,5	27,1	22,7	-65,9%
Psychosomatik	51,6	44,7	40,7	-21,1%

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1

Die Dauer der stationären Behandlung in Psychiatrie und Psychosomatik hat sich in der gesamten westlichen Welt in den vergangenen Jahrzehnten deutlich reduziert (Richter 2001). Früher verbrachten Patienten Monate bis Jahre in stationären psychiatrischen Einrichtungen. Noch 1975 betrug die Verweildauer in deutschen psychiatrischen Kliniken bei 67 Prozent der Patienten über ein Jahr (Schmieder 2010), 1991 waren es durchschnittlich 66,5 Tage. Bis 2011 sank die Verweildauer in der Erwachsenenpsychiatrie in Deutschland um zwei Drittel auf nur noch 22,7 Tage (s. Tab. 2.4). Vergleichsweise moderat fiel der Rückgang von 51,6 Tagen im Jahr 1991 auf 40,7 Tage im Jahr 2011 in den psychosomatischen Krankenhäusern aus.

Ursachen für diese teilweise dramatische Verkürzung der Behandlungsdauer liegen zum einen in der grundlegend veränderten Zielstellung der psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung (Schmieder 2010). Nicht mehr die Entwicklung der Persönlichkeit stand im Vordergrund, sondern die Reduktion der Symptome, eine Verbesserung der Medikation, die Vorbereitung des Übergangs in die ambulante Versorgung (Bassler et al. 1995) sowie die soziale und berufliche Wiedereingliederung langfristig hospitalisierter Patienten (Robert-Koch-Institut 2008). Zum anderen ist natürlich der wachsende Kostendruck zu nennen, begleitet durch den Ausbau von tagesklinischen und ambulanten Angeboten (Schmieder 2010).

## **2.2.2 Aktuelle psychosomatische Versorgungssituation**

Die Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen bei Erwachsenen beträgt nach Jacobi et al. (2004) 31,1 Prozent, ermittelt anhand des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ des Bundes-Gesundheitssurveys in Deutschland, welches an einer repräsentativen Stichprobe zur Anwendung kam. Die Prävalenzraten unter den Frauen waren dabei mit 37 Prozent deutlich höher als unter den Männern (25,3 Prozent). Die Autoren des Gesundheitsberichts „Psychotherapeutische Versorgung“ (Robert-Koch-Institut 2008) gehen davon aus, dass „annähernd ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung erfüllt“ (Ebd., S. 9). In der



erwähnten Stichprobe fanden sich Angststörungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, affektive Störungen (insbesondere Depressionen) sowie somatoforme Störungen als häufigste Diagnosen.

Zahlen zur Inanspruchnahme zeigen, „dass zwischen dem Auftreten psychische Beschwerden und dem Beginn einer als fachlich indiziert eingeschätzten psychotherapeutischen Behandlung eine erhebliche Latenz besteht. Diese Zeitspanne, die häufig als Chronifizierungszeit bezeichnet wird, beträgt ... bei 50% der später Behandelten mehr als 5 Jahre“ (Robert-Koch-Institut 2008).

Für Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland bestehen gegenwärtig grundsätzlich unterschiedliche Möglichkeiten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Allerdings gibt es keine klar definierten, evidenzbasierten Behandlungspfade. Die Entscheidungen, wer in welche Versorgungsform überwiesen wird, fallen seitens der niedergelassenen Ärzte und der Kostenträger meist willkürlich bzw. sind den regionalen Gegebenheiten geschuldet.

Ein Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erfolgt durch niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Darüber hinaus sind psychotherapeutische Ambulanzen – hauptsächlich an Krankenhausabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie angegliederte Institutsambulanzen – und Beratungsstellen zu nennen. Niederschwellige Maßnahmen werden von Ärztinnen und Ärzten innerhalb der Primärversorgung angeboten (Robert-Koch-Institut 2008). Erwachsene müssen durchschnittlich 4,6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz warten (Zepf et al. 2001), was auf einen Mangel an ambulanten Behandlungsplätzen hindeutet.

Wenn die ambulante Behandlung nicht ausreichend oder erst gar nicht verfügbar ist, sind als nächst intensivere Behandlungsstufe stationäre oder teilstationäre Therapien indiziert (letzte waren bis vor einigen Jahren meist nur an großen Behandlungszentren wie Uni-Kliniken verfügbar, werden aber in letzter Zeit vermehrt geschaffen). Zu erwarten ist aufgrund neuer gesetzlicher Grundlagen (§ 118 Abs. 3 SGB V) die Schaffung psychosomatischer Institutsambulanzen für die ambulante Versorgung schwerkranker Patienten am Krankenhaus. Die stationäre psychotherapeutische Versorgung in Deutschland erfolgt zum einen im Rahmen der Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) und zum anderen im Bereich der Rehabilitation (§ 40 SGB V, § 15 SGB VI). Ferner sind betreute Wohngruppen zu erwähnen.

Im Bereich der Psychosomatik gibt es in Deutschland neben der ambulanten Behandlung durch entsprechend weitergebildete Ärzte, auch in Kooperation mit nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, eine im internationalen Vergleich große Zahl von stationären Behandlungsangeboten. Diese umfassen sowohl etablierte integrative und interdisziplinäre Konzepte an Universitätskliniken und anderen öffentlichen Krankenhäusern, als auch insbesondere Angebote in psychosomatischen Fachkliniken unterschiedlicher Prägungen und Trägerschaft. Ein substantieller Teil des stationären Versorgungssystems hat sich – ebenfalls anders als international üblich – außerhalb der psychiatrischen Versorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation entwickelt (Schulz et al. 2008), hauptsächlich durch die gesetzliche Rentenversicherung finanziert. Gegenwärtig gibt das Statistische Bundesamt 8.400 Betten in psychosomatischen Akutkrankenhäusern bzw. Abteilungen (Belegung nach § 108 SGB V; Statistisches Bundesamt 2013, siehe Tabelle 2.2) und 16.000 Betten in Rehabilitationskliniken (Belegung nach § 111 SGB V) an (Schulz et al. 2008, Statistisches Bundesamt 2012). Darüber hinaus werden psychosomatische Patienten akut-stationär auch in der Psychiatrie behandelt.

Für die Versorgung in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie standen im Jahr 2011 bundesweit insgesamt 62.295 Betten zur Verfügung. Das entspricht 12,4 Prozent der insgesamt verfügbaren Krankenhausbetten. Eine Integration der Bereiche Psychiatrie und Psychotherapie bzw. psychosomatischer Versorgung ist dabei trotz der Gefahr der Ausbildung von Doppelstrukturen noch nicht gelungen (Arbeitsgruppe Psychiatrie 2007, Robert-Koch-Institut 2008).

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Statistisches Bundesamt 2013a) wurden 2011 insgesamt 18,8 Millionen Patientinnen und Patienten bzw. Fälle akut-stationär behandelt (durchschnittliche Verweildauer über alle Diagnosen: 7,7 Tage), darunter 1.191.886, d.h. knapp 1,2 Millionen bzw. 6,4 Prozent, mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ICD-10, F00-F99) mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 20,2 Tagen. 269.752 davon (22,5 Prozent, bezogen auf das gesamte ICD-Kapitel F) entfallen auf den Diagnosebereich F31 bis F33, die depressiven Störungen.

Die folgende Tabelle 2.5 zeigt die genauen Fallzahlen und die durchschnittliche Verweildauer der in der vorliegenden Arbeit interessierenden Diagnosegruppen:

**Tab. 2.5:** Stationäre Krankenhauspatienten 2011 der Untersuchungsgruppen in Deutschland

<b>Hauptdiagnose (ICD-10)</b>	<b>Fallzahl 2011</b>	<b>durchschnittliche Verweildauer</b>
Bipolare affektive Störung (F31)	23.796	35,5 Tage
Depressive Episode (F32)	127.678	30,4 Tage
Rezidivierende depressive Störung (F33)	118.278	35,9 Tage

Quelle: Statistisches Bundesamt

Etwa 76,5 Prozent der Patienten mit psychischen Störungen wurden in spezialisierten Abteilungen bzw. Fachkrankenhäusern behandelt (Psychiatrie oder Psychosomatik), die verbleibenden 23,5 Prozent (280.552 Fälle) in Fachabteilungen aus dem somatischen Bereich.

In Fachabteilungen und Krankenhäusern für psychosomatische Medizin und Psychotherapie dominieren Patientinnen und Patienten mit affektiven und neurotischen Störungen. Die Diagnoseverteilung für erwachsene Patientinnen und Patienten in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie zeigt, dass dort vor allem Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (insbesondere alkoholbedingte Störungen bei Männern), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen sowie affektive Störungen (hier eher bei Frauen) anzutreffen sind. Auch in der Rehabilitation psychischer Erkrankungen finden sich am häufigsten Störungen durch psychotrope Substanzen (meist alkoholbedingte Störungen), gefolgt von affektiven Störungen (hauptsächlich Depressionen) und Reaktionen auf schwere Belastungen sowie Anpassungsstörungen (Robert-Koch-Institut 2008).

Im Zentrum der stationären Psychotherapie steht die verbale Intervention in Gruppen- und/oder Einzelsitzungen. Zugelassene psychotherapeutische Verfahren sind die analytische Psychotherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. Weitere Behandlungselemente der psychosomatischen und psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung im Sinne der multimodalen Behandlungsstrategie sind die u.a. systemische, kreativ-, z.B. kunst- oder musiktherapeutische Maßnahmen, Körperpsychotherapie, sozialtherapeutische Betreuung, arbeitsbezogene Trainingsmaßnahmen, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, medikamentöse Therapie, Ernährungsberatung sowie Gesundheitsbildung bzw. Gesundheitstraining.

Eine große Variabilität ist nicht nur in der Nutzung des Behandlungsspektrums sondern auch in der seit Jahren rückläufigen Behandlungsdauer anzutreffen, wie die Standardabweichungen in Tabelle 2.6 zeigen, die der Studie von Tritt et al. (2003) entnommen ist:

**Tab.2.6:** Psychische Hauptdiagnose und Behandlungsdauer in Tagen 2001 und 2002

Hauptdiagnose	N	Mittelwert	Standard-abw.
Manische, bipolare Störung (F30-31)	67	61,2	24,5
Depressive Episode (F32)	1777	50,3	20,1
Rezidivierende depressive Störung (F33)	2214	53,4	21,2
Sonstige anhaltende affektive Störung (F34.0/8/9 u. F38/9)	16	58,0	19,9
Dysthymia (F34.1)	151	48,8	17,3
alle psychischen Hauptdiagnosen (F0-F9)	8390	56,6	27,0

Quelle: Tritt et al. 2003, Tab. 8 (Auszug)

### 2.2.3 Aktueller gesundheitspolitischer Hintergrund

Das Thema der Einflussfaktoren auf die Dauer der stationären Psychosomatischen Krankenhausbehandlung erhält eine besondere gesundheitspolitische Aktualität durch die Einführung eines neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik nach § 17 d KHG, des sogenannten pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtung, PEPP.

Bisher hatten psychiatrische Krankenhäuser mit den Krankenkassen Budgetvereinbarungen auf der Grundlage der Psychiatrie-Personalverordnung, psychosomatische Krankenhäuser auf der Grundlage der Bundespflegesatzverordnung getroffen. Seit Beginn 2013 können Krankenhäuser optional, ab 2015 müssen sie verpflichtend das PEPP einführen, jedoch parallel zu den ausgehandelten Pflegesätzen und somit budgetneutral. Ab dem Beginn 2017 bis Ende 2021 folgt eine fünfjährige Konvergenzphase analog der Einführung des DRG-Systems.

Dieses Entgeltsystem soll ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ (§ 17 d KHG) darstellen, das auf alle voll- und teilstationären Leistungen von psychosomatischen Einrichtungen angewendet wird. Es werden tagesbezogene Relativgewichte entwickelt, wobei krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte möglich sind. Das System intendiert also keine diagnosebezogene Fallpauschalen, wie im somatischen DRG-System, sondern tagesbezogene Entgelte, wobei zur Ermittlung der Relativgewichte u. a. die Leistungsstruktur herangezogen wird. Die Leistungen werden durch den sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS erfasst.

Eine Orientierung der Relativgewichte an Diagnosen hatte sich im Vorfeld im Ausland in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik als nicht zielführend erwiesen. Studien aus den USA (Horn et al. 1989, Ashcraft et al. 1989) und Australien (Buckingham et al. 1998) verwiesen auf eine aufgeklärte Varianz von max. 20 Prozent der Gesundheitsausgaben bei psychischen Erkrankungen. Dies führte u. a. zur Einstellung des pauschalierten Entgeltsystems für psychische Erkrankungen in den USA. Eine bloße Orientierung an den OPS-Ziffern, d. h. am Leistungsgeschehen, könnte jedoch auch Fehlanreize im Sinne einer Leistungssteigerung trotz im Einzelfall geringer Krankheitsausprägung nach sich ziehen, weshalb die Suche nach Schweregradparametern fortgesetzt wurde. Die Frage stellt sich insofern erneut, ob Diagnosen oder andere Parameter ausreichend valide Prädiktoren für einen stationären Behandlungsbedarf darstellen.

Im Unterschied zu den somatischen Fachbereichen sind bei psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsgruppen keine Obergrenzen für Krankenhausbehandlungstage vorgesehen. Somit sind neben dem Relativgewicht für die Tagespauschalen zusätzlich realistische Behandlungsdauern abzuschätzen. Dabei kann es, je nach der sogenannten Strukturkategorie, auch zu degressiven Tagespauschalen kommen, die den abnehmenden Aufwand längerer Behandlungsdauern widerspiegeln sollen. Darüber hinaus ist die Problematik von raschen Wiederaufnahmen ins Krankenhaus (etwa im Sinne einer sog. „Drehtürpsychiatrie“) zu berücksichtigen, so dass Algorithmen für Fallzusammenführungen erarbeitet wurden (Koc 2013).

## **2.3 Bekannte Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer**

Nicht wenige Studien haben sich bisher mit den Einflussfaktoren auf die Verweil- bzw. Behandlungsdauer in der psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Versorgung beschäftigt. Die Studien unterscheiden allerdings deutlich hinsichtlich des Beobachtungszeitraums, der Bezugsregion (national – international), der Versorgungsart (Akutversorgung – Reha), der Behandlungssettings, den diagnostischen Einschränkungen, der Stichprobengröße, den untersuchten unabhängigen Variablen und der Methodik. Da viele der publizierten Ergebnisse der Prädiktoren-Forschung mehrfach belegt werden konnten – wenn auch in unterschiedlichen Zusammenhängen – wird ihnen in der vorliegenden Arbeit dennoch ein Hypothesen begründender Charakter zugesprochen.

Die folgende Darstellung des Forschungsstandes konzentriert sich auf praktischen Erwägungen auf die in der Psy-BaDo-PTM enthaltenen Variablen. Da in die vorliegende Untersu-

chung nur die Daten einer Klinik sekundäranalytisch Eingang finden, bleiben Forschungsergebnisse, die sich auf unterschiedliche Klinikkonzepte, -strukturen und Prozesse sowie unterschiedliche Patientenkollektive (Case Mix) etc. beziehen, unberücksichtigt – ohne dass deren mögliche Bedeutung geleugnet würde.

Publikationen vor 1990 wurden nicht berücksichtigt, da sich in der stationären Versorgung vieles geändert hat, so dass die älteren Erkenntnisse eine geringere Aussagekraft für aktuelle Fragestellungen haben.

### **2.3.1 Soziodemographische Variablen**

Einer der am häufigsten untersuchten Einflussfaktoren auf die Verweildauer aus dem Bereich der soziodemographischen Variablen ist das *Lebensalter*. Es wurde mehrfach als Prädiktor identifiziert, allerdings mit unterschiedlichen Vorzeichen. Während einige Studien einen positiven Zusammenhang zwischen höherem Alter und Behandlungsdauer fanden (Barnow et al. 1997, Borgart und Meermann 1999, Frick et al. 1999, Richter 2001), zeigten sich in anderen Hinweise auf das Gegenteil: Hier war jüngeres Alter mit längeren Behandlungsdauern assoziiert (Nieminen 1994, Zielke 1997, Stevens et al. 2001, Schmieder 2010). Dieses widersprüchliche Bild lässt vermuten, dass weitere Faktoren, die mit dem Lebensalter in unterschiedlichen Stichproben unterschiedlich zusammenhängen, eine größere Rolle spielen als das Lebensalter selbst.

Auch das *Geschlecht* hat nach den Ergebnissen mehrerer Studien einen Einfluss auf die Behandlungsdauer. Dabei zeigte sich häufig bei Frauen eine durchschnittlich längere Behandlungsdauer als bei Männern (Barnow et al. 1997, Zielke et al. 1997, von Heymann et al. 2003). Andere Autoren konnten diesen Zusammenhang allerdings nicht nachweisen (Borgart und Meermann 1999, Stevens et al. 2001, Schmieder 2010).

Kaum untersucht ist bisher der Einfluss der *Nationalität* bzw. der Herkunft der Patientinnen und Patienten. Dies ist erstaunlich, da sprachliche Barrieren und kulturelle Kontextfaktoren gerade bei kognitiv-behavioralen Therapieansätzen ein limitierender Faktor sein dürften. So zeigten Stevens et al. (2001) eine durchschnittlich kürzere Verweildauer bei Ausländern und Migranten.

Einige Autoren fanden einen Einfluss des *Familienstandes* bzw. der *Partnersituation* auf die Behandlungsdauer. Die Patienten, die eher alleine leben (Ledige, Geschiedene, Witwen/Witwer), wiesen eine längere Behandlungsdauer auf, als diejenigen, die mit einem (Ehe-) Part-

ner zusammenlebten (Barnow et al. 1997, Zielke et al. 1997, Borgart und Meermann 1999, von Heymann 2003). In der britischen Studie von Creed et al. (1997) verbesserte die Hinzunahme der Wohnsituation (allein lebend versus nicht allein lebend) die Güte des geprüften Vorhersage-Modells. Auch Schmieder (2010) konnte zeigen, dass ein fester (Ehe-) Partner den Aufenthalt in der Klinik signifikant verkürzt.

Nach Zielke et al. (1997) hat auch die *Zahl der Kinder* einen Einfluss auf die Behandlungsdauer. Dies konnte von Schmieder (2010) nicht bestätigt werden und blieb in den anderen Studien unbeachtet.

Zwei Studien fanden einen Effekt der *beruflichen Situation bzw. des beruflichen Status* des Patienten auf die Behandlungsdauer (Borgart und Meermann 1999, von Heymann et al. 2003). Demnach haben Patienten mit verantwortungsvollen Positionen, insbesondere Selbständige mit mittelgroßen Betrieben, kürzere Verweildauern (44,2 Tage). Allerdings liegen auch ungelernte Arbeiter unter dem Durchschnitt (50,8 vs. 52,8 Tage) und bei Borgart und Meermann (1999) zeigten Hausfrauen kurze Behandlungszeiten, sei es wegen der familiären Unterstützung oder bedingt durch den Druck der Familie. Hinsichtlich der beruflichen Situation zeigt sich also kein einheitliches Bild.

Zielke et al. (1997) untersuchten auch den Einfluss des *Bildungsniveaus* und konnten feststellen, dass mit steigendem Bildungsabschluss auch die stationäre Verweildauer steigt. Allerdings ist der gefundene Zusammenhang nicht linear, da zum einen Sonderschüler längere Verweildauern aufwiesen als Hauptschüler, zu anderen Hochschulabsolventen deutlich kürzer als andere Abiturienten und Fach- und Realschulabsolventen in der stationären Behandlung blieben. In der jüngsten Arbeit von Schmieder (2010) konnten keine Zusammenhänge zwischen der Verweildauer und den soziodemographischen Variablen berufliche Situation und Bildungsniveau gefunden werden.

Ebenfalls Zielke et al. (1997) untersuchten die *Dauer der Arbeitsunfähigkeit* vor Behandlungsbeginn. Eine kürzere AU-Zeit ging dabei mit einer kürzeren Behandlungsdauer einher.

### **2.3.2 Krankheitsbezogene Faktoren**

Zum Zusammenhang zwischen *Diagnose* und Aufenthaltsdauer dominieren internationale Studien aus dem Bereich der Psychiatrie. In einer finnischen Studie (Nieminen et al. 1994) erwiesen sich u.a. die Psychosen als Prädiktor für eine lange Verweildauer. Creed et al.

(1997) konnten für eine psychiatrische Klinik in England zeigen, dass Neurosen die kürzesten Verweildauern erwarten lassen. Abweichend kamen McCrone und Phelan (1994) in einer früheren britischen Arbeit zu dem Ergebnis, dass die Diagnose allein nur ein schwacher Indikator für die Aufenthaltsdauer in der stationären Psychiatrie sei. Eine Studie zur Benchmarkbildung in der stationären Depressionsbehandlung aus der Schweiz (Hermann et al. 2007) verglich eigene Daten mit Daten aus Deutschland. In allen drei untersuchten Kollektiven konnte eine längere mittlere Behandlungsdauer bei rezidivierender depressiver Episode (ICD-10 F33) gegenüber der einmaligen depressiven Episode (F32) festgestellt werden. Auch Sitta et al. (2006) beobachteten eine längere Behandlungsdauer bei Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung. Barnow et al. (1997) konnten zeigen, dass neben anderen Faktoren die Art der Depression einen Einfluss auf die Verweildauer in einer deutschen psychiatrischen Klinik hatte. Endogene Depressionen waren mit einer längeren Verweildauer assoziiert. Von Heymann et al. (2003) werteten die Daten aus 17 stationären psychosomatischen Einrichtungen aus. Es zeigten sich signifikante Mittelwertunterschiede der Behandlungsdauer je nach Behandlungs-Hauptdiagnose. Die längsten durchschnittlichen Behandlungsdauern wurden bei sonstigen Persönlichkeitsstörungen (F61-69: 71,1 Tage) und Zwangsstörungen (70,7 Tage) vorgefunden, gefolgt von den Persönlichkeitsstörungen (F60: 69,2 Tage) und den Schizophrenien (65,2) Tage. Für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation berichten Zielke et al. (1997) unterschiedlich lange Behandlungsdauern in Abhängigkeit von der Krankheitsgruppe, ebenso wie Frick et al. (1999) für eine große psychiatrische Klinik in Deutschland. Im Rahmen eines Modellprojektes der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur externen Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung in 24 psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkliniken unterschied sich die Behandlungsdauer ebenfalls signifikant zwischen den Diagnosegruppen (Härter et al. 2004). Anpassungsstörungen wurden am kürzesten, bipolare Störungen am längsten behandelt. In einer jüngeren Studie von Schmieder (2010) hatte die Diagnose einer Essstörung einen signifikant verlängernden Einfluss auf die Verweildauer im Rahmen stationärer und teilstationärer Psychotherapie.

Die Mehrzahl der genannten Studie verweisen zusätzlich auf die Bedeutung des *Schweregrades* der Erkrankung für die Aufenthaltsdauer (Barnow et al. 1997, Zielke et al. 1997, Richter 2001, von Heymann et al. 2003, Härter et al. 2004, Sitta et al. 2006, Hermann et al. 2007, Hermann et al. 2008). „Je schwerer die Psychopathologie bei der Aufnahme, desto länger dauert die Behandlung“ (Härter et al. 2004). Auch in der jüngsten Studie von Schmieder (2010) zeigte sich eine schwere depressive Symptomatik zu Behandlungsbeginn als ein signifikanter Prädiktor für eine längere Verweildauer.



Auch die *Chronizität* spielt eine Rolle. Zielke et al. (1997) fanden einen deutlichen Zusammenhang in der psychosomatischen Rehabilitation. Die Dauer der stationären Behandlung war bei noch ‚jungen‘ Erkrankungen mit 48,4 Tagen deutlich kürzer als bei längerer Dauer seit Erstmanifestation. Auch in der Studie von Heymann et al. (2003) zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Dauer der Beschwerden vor der Behandlung und der stationären Akut- oder Rehabilitationsbehandlung selbst. Die Analyseergebnisse von Klose et al. (2006) belegen darüber hinaus, dass Patienten mit psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Vorbehandlung, die als Indikator für Chronizität betrachtet werden können, signifikant längere stationäre Rehabilitationsdauer hatten, als Patienten ohne Vorbehandlung.

Ebenfalls verlängernden Einfluss hat die *psychische Komorbidität*. Die großen Studien von Zielke et al. (1997) für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation und von Heymann et al. (2003) für eine gemischte Gruppe aus Akut- und Rehabilitationskliniken bzw. Abteilungen kommen zu sehr ähnlichen Ergebnissen. Demnach verlängert sich die Behandlungszeit mit zunehmender Anzahl psychiatrischer Erkrankungen nahezu linear. Auch Stevens et al. (2001) kommen zu dem Ergebnis, dass die Verweildauer u.a. von der Komorbidität beeinflusst wird. Bei Schmieder (2010) zeigte sich das Auftreten von psychischer Komorbidität tendenziell häufiger in der Kohorte mit der längeren Verweildauer, jedoch ließ sich dieses Ergebnis in der multivariaten Analyse nicht bestätigen.

Hinweise darauf, dass neben der psychischen auch die *somatische bzw. physische Komorbidität* einen Einfluss auf die Behandlungsdauer haben könnte, wurden von einer Arbeitsgruppe aus den USA gefunden. Schubert et al. (1995) bzw. Sloan et al. (1999) fanden einen Zusammenhang zwischen physischer Komorbidität und längerer Behandlungsdauer, allerdings nur bei depressiven Patienten. Eine deutsche Studie, die sich dieser Fragestellung widmet, fand allerdings keinen Zusammenhang zwischen der Zahl der somatischen Diagnosen und der Behandlungsdauer (Bogart und Meermann 1999).

Frick et al. (1999) und Stevens et al. (2001) fanden einen Zusammenhang zwischen der *Medikation* der Verweildauer. So verlängere anticholinerge Medikation die Aufenthaltsdauer, wobei jedoch vermutet wird, dass eher die Symptome, die die Medikation begründen, die Behandlungsdauer beeinflussen.

### 2.3.3 Weitere potentielle Einflussfaktoren

Ein von mehreren Autoren beschriebener Einflussfaktor ist die *Therapiemotivation* der Patientinnen und Patienten (Nieminen et al. 1994, Zielke et al. 1997, Klauer et al. 2007, Schmieder 2010). In der Arbeit von Zielke et al. (1997) zeigten Patienten, die unfreiwillig aufgenommen wurden oder eine geringe Motivation aufwiesen, meist kürzere Behandlungsdauern und neigten häufiger zu Therapieabbrüchen. Dagegen wiesen Patienten mit einer sehr großen Behandlungsmotivation signifikant häufiger lange Behandlungsdauern auf. Auch in der Arbeit von Schmieder (2010) erwies sich eine große Behandlungsmotivation als „hochsignifikanter Prädiktor für eine längere Verweildauer“ (Ebd., S. 101). Bei Klauer et al. (2007) konnten im Rahmen von Regressionsanalysen motivationale Patientenmerkmale zusätzlich zur Aufklärung von Varianz im Abbruchrisiko beitragen.

Eher trivial erscheint der Zusammenhang zwischen der *Entlassungsart* und Verweildauer. Das etwa disziplinarische Vorkommnisse (Zielke et al. 1997) oder bestimmte Lebensereignisse, die während des Klinikaufenthalts auftreten, die Behandlungsdauer beeinflussen (Zielke et al. 1997, Barnow et al. 1997), überrascht nicht, verweist aber auf die Notwendigkeit, potentielle Abbrecher möglichst frühzeitig zu identifizieren, um mit vorbeugenden Maßnahmen einer vorzeitige Beendigung der stationären psychosomatischen Behandlung entgegensteuern zu können.

Das noch weitere Faktoren ein Einfluss auf die Behandlungsdauer haben, kann vermutet werden und ist teilweise auch belegt worden (z. B. Zielke et al. 1997, Richter 2001). Dazu gehören insbesondere klinikimmanente Faktoren (z.B. therapeutische Konzeption), ökonomische und versicherungsrechtliche Faktoren, der Arbeitsbereich des Patienten, Faktoren aus dem Behandlungsprozess (insbesondere die Therapeut-Patient-Beziehung) und Merkmale der psychosozialen Versorgung in der Region. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit können nicht alle denkbaren Einflussfaktoren dargestellt und untersucht werden. Die letztgenannten müssen schon aufgrund der Datenlage unberücksichtigt bleiben. Im Zentrum des Interesses stehen die in der Psy-BaDo-PTM enthaltenen soziodemografischen und krankheitsbezogenen unabhängigen Variablen.

### 3. Fragestellung und Hypothesen

#### 3.1 Fragestellung und Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist die Analyse des Einflusses routinemäßig erfasster Variablen auf die Behandlungsdauer von psychosomatischen Patienten in der stationären Krankenhausbehandlung.

Die *Hauptfragestellung* lautet: Welche Faktoren beeinflussen die Behandlungsdauer in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung?

Diese Hauptfragestellung wird für analytische Zwecke in folgende Teilfragestellungen unterteilt:

- Gibt es Unterschiede in der Behandlungsdauer zwischen verschiedenen Teilpopulationen des Patientenkollektivs?
- Welche der identifizierten soziodemografischen und krankheitsbezogenen Einflussvariablen lassen sich in einer multivariaten Analyse bestätigen und somit als besonders relevant betrachten?
- Lassen sich Teilpopulationen mit besonders langer und besonders kurzer Behandlungsdauer ausfindig machen und durch welche Merkmalskombination sind sie gegebenenfalls charakterisiert?

Da eine in Bezug auf die Symptomatik der Hautdiagnose homogene Patientengruppe durch die Einbeziehung weiterer Diagnosen und/oder persönlichkeitsstruktureller Gesichtspunkte inhomogener wird (Rudolf 2000), betrifft eine spezielle *Nebenfragestellung* den Einfluss einer spezifischen oder kombinierten bzw. anderen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60 oder F61) als Nebendiagnose bei einer depressiven Haupterkrankung auf die Behandlungsdauer. Nach Erfahrungswerten der Klinik Windach hat dies einen verlängernden Einfluss und soll deshalb in dieser Studie überprüft werden.

Haupt- und Nebenfragestellungen bewegen sich im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgungsforschung, deren wesentliches Merkmal der Bezug auf die realen Bedingungen auf der Ebene relevanter Populationen ist. Das in diesem Kontext u.a. konstatierte Fehlen von Versorgungsdaten für psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen (Tritt et al. 2007) ist wesentliche Motivation für die vorliegende Analyse.

Generelle Ziele der psychotherapeutischen Versorgungsforschung sind nach Tritt et al. (2007) die Schließung der Praxis-Forschungs-Lücke sowie die evidenzbasierte Evaluation und Planung der Versorgung.

### 3.2 Hypothesen

Es wird aufgrund der Literaturlage sowie Erfahrungen aus der Realversorgung erwartet, dass sich für folgende Variablen aus der Psy-BaDo-PTM der Studienklinik ein statistischer Zusammenhang mit der Behandlungsdauer nachweisen lässt:

1. Einfluss auf die Behandlungsdauer haben folgende *soziodemografische* Variablen (in Klammern Angabe der entsprechenden Variablen in der Psy-BaDo-PTM Version 4.1 vom 3.2.2009):

- Geschlecht (Index 2, Variable Nr. 6)
- Alter (abgeleitet aus Geburtsdatum, Index 2, Variable Nr. 7)
- Nation (Index 2, Variable Nr. 8)
- Barriere, sprachliche bzw. kulturelle (Index 1, Variable Nr., 10)
- Wohnsituation (Index 2, Variable Nr. 9: „Haushalt“)
- Partnersituation (Index 2, Variable Nr. 10)
- Familienstand (Index 2, Variable Nr. 11)
- Anzahl der Kinder (Index 2, Variable Nr. 12)
- Schulabschluss (Index 2, Variable Nr. 13)
- Berufsabschluss (Index 2, Variable Nr. 14)
- Berufstätigkeit, zuletzt ausgeübt (Index 2, Variable Nr. 15)
- Erwerbsstatus, aktuell (Index 2, Variable Nr. 16)
- Art des Einkommens (Index 2, Variable Nr. 17)
- Arbeitsunfähigkeit in den 12 Monaten vor Aufnahme (Index 2, Variable Nr. 18, schließt entsprechende Angaben für Selbständige und Nichterwerbstätige mit ein)
- Rentenverfahren (Index 2, Variable Nr. 20)

2. Einfluss auf die Behandlungsdauer haben folgende *krankheitsbezogene* Variablen (in Klammern Angabe der Entsprechung in der Psy-BaDo-PTM):

- Hauptdiagnose (Index 1, Variable Nr. 17)
- Anzahl psychischer Nebendiagnosen (Index 1, Variable Nr. 18)
- Anzahl somatischer Nebendiagnosen (Index 1, Variable Nr. 20)
- Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung

- Suizidversuche (Index 1, Variable Nr. 13)
- Gesamtdauer der psychischen Beschwerden (Index 1, Variable Nr. 15)
- Patientenkarriere (Anzahl und Dauer stationärer, teilstationärer und ambulanter Vorbehandlungen, Index 2, Variablen Nr. 21 bis und 26)
- Schweregrad Depression (abgeleitet aus Index 5: ISR, s.u.)
- Schweregrad psychische Beschwerden generell (abgeleitet aus Index 5: ISR, s.u.)
- Medikation (Index 2, Variable Nr. 28: „Pharma-Aufnahme“)

Von besonderem Interesse aus diesem Bereich ist der mögliche Einfluss einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60, F61), der zwar in Literatur noch nicht berichtet wurde, nach den Erfahrungen der Verantwortlichen der Studienklinik aber naheliegt. Persönlichkeitsstörungen sind meist tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die einen besonderen therapeutischen Aufwand erfordern.

3. Einfluss auf die Behandlungsdauer haben folgende weitere Variablen (in Klammern Angabe der Entsprechung in der Psy-BaDo-PTM):

- Motivation (globale Einschätzung aus Therapeutensicht, Index 1, Variable Nr. 14)
- Rentenbegehren (Index 1, Variable Nr. 11)

Die Hypothesen werden aufgrund der häufig inkonsistenten Befundlage ungerichtet formuliert.

Da aufgrund der große Fallzahl zu erwarten ist, dass auch kleine Unterschiede in den bivariaten Analysen der Behandlungsdauer statistisch signifikant werden, wird zur Beurteilung der Relevanz zusätzlich eine mehrfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Einflussfaktoren, die in dieser multivariaten Analyse bestätigt werden können, werden als besonders relevant betrachtet.

## **4. Methodik**

### **4.1 Studiendesign**

Es wurde eine Sekundäranalyse von Daten der Psychosomatischen Klinik Windach aus den Jahren 2009 bis 2012 durchgeführt. Die Sekundäranalyse ist eine Methode, die bereits vorhandenes Material aus einer Primärerhebung unabhängig vom ursprünglichen Zweck und Bezugsrahmen auswertet (Friedrichs 1990). Vorteile der Sekundäranalyse sind die breite Anwendbarkeit sowie der vergleichsweise geringe Zeit- und Kostenaufwand. Nachteil ist vor allem die Begrenzung durch die Art des Materials: Es können nur solche Fälle und Variablen ausgewertet werden, die die zugrundeliegende Primärerhebung bereits beinhaltet.

Im vorliegenden Zusammenhang besteht das Material der Sekundäranalyse aus Daten der Basisdokumentation Psy-BaDo-PTM, die in der jetzigen Form seit Februar 2009 in der Psychosomatischen Klinik Windach und weiteren Kliniken eingesetzt wird. Die enthaltenen Daten stammen aus der psychotherapeutischen Dokumentation und schriftlichen Patientenbefragungen, die routinemäßig jeweils bei Aufnahme in die Klinik und bei Entlassung aus der stationären Behandlung für jeden Patienten festgehalten wurden. Zweck der zugrundeliegenden Primärerhebung ist in erster Linie der Qualitätssicherung sowie generell die Nutzung der Daten für die Versorgungsforschung.

### **4.2 Patientenkollektiv**

#### **4.2.1 Beschreibung der Studienklinik: Institution und Behandlungskonzept**

Die Daten der vorliegenden Untersuchung stammen aus der Routinedokumentation der Psychosomatischen Klinik Windach am Ammersee bei München. Die Klinik Windach wurde 1976 als erste verhaltenstherapeutisch orientierte psychosomatische Klinik Deutschlands eröffnet. Es werden alle psychischen und psychosomatischen Krankheiten, die das Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie umfasst, behandelt, darunter Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen. Laut strukturiertem Qualitätsbericht für das Jahr 2010 wurden insgesamt 1278 Patienten vollstationär (und 257 Patienten teilstationär in der Tagesklinik Westend) aufgenommen (Psychosomatische Klinik Windach 2010), darunter am häufigsten rezidivierende depressive Störungen (ICD-10 F33, 500 Fälle), gefolgt von depressiven Episoden (F32, 294 Fälle), Zwangsstörungen (F42, 130 Fälle) und Phobien (F40, 74 Fälle). Auch sonstige Angststörungen, Essstörungen, posttraumatische Belastungsstö-

rungen und Persönlichkeitsstörungen befinden sich unter den 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Klinik.

Die Psychosomatische Klinik Windach verfolgt einen multimodalen Behandlungsansatz. Die Basis der Therapie ist eine organmedizinische Diagnostik und die medizinische Behandlung. Für jeden Patienten wird je nach Erkrankung und weiteren die Krankheit beeinflussenden Faktoren ein individueller Therapieplan zusammengestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf verbalen Interventionen in Einzel- oder Gruppensitzungen, welche einen verhaltensorientierten Ansatz verfolgen. Für die häufigsten psychischen Problematiken und Störungsbilder wurden spezielle Behandlungssettings in Form von sogenannten indikativen Gruppen entwickelt, die eine spezialisierte Therapie ermöglichen. Ebenso wichtig sind sogenannte nonverbale Therapieverfahren wie Gestaltungstherapie und Körperpsychotherapie, Physio- und Sporttherapie. Je nach Bedarf kommen auch Sozialtherapie und Ernährungsberatung zum Einsatz. Fakultativ werden offene Therapien wie Qi Gong, meditatives Tanzen und andere angeboten (Psychosomatische Klinik Windach 2010).

Die Patienten werden durch einen festen Bezugstherapeuten und ein interdisziplinäres Team betreut. Zum Team gehören Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur, Sozialpädagogen, Kunsttherapeuten, Diätassistenten und Pflegekräfte.

#### **4.2.2 Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien**

Die Stichprobe besteht aus Patienten, die im Rahmen der Qualitätssicherung von der Klinik Windach im Zeitraum Juli 2009 bis Dezember 2012 dokumentiert und an das Institut für Qualitätssicherung in der Psychosomatik und Psychotherapie (IQP) zur Auswertung weitergeleitet wurden. Es handelt sich um eine Untersuchung der Routineversorgung ohne Kontrollgruppe (Probst et al. 2009).

Für diese Studie wurden die Aufnahmedaten aller Patienten mit den psychischen Hauptdiagnosen

- bipolare affektive Störung (F31),
- depressive Episode (F32),
- rezidivierende depressive Störung (F33),

die im Zeitraum von Mitte 2009 bis Ende 2012 entlassen wurden, in die Sekundäranalyse einbezogen, soweit weitgehend vollständige Datensätze der Basisdokumentation der Klinik

Windach vorlagen. Die Depressionsdiagnosen wurden durch approbierte Ärzte und psychologische Psychotherapeuten der Psychosomatischen Klinik Windach bei Aufnahme gestellt. „In der Psy-BaDo-PTM gilt die ICD-10 Diagnose mit dem größten Stellenwert in der aktuellen Behandlung als Hauptdiagnose. Im klinischen Bereich ist dies häufig die Störung, die zum Kontakt mit der betreffenden Institution geführt hat“ (von Heymann et al. 2003).

Ausschlusskriterien waren:

- eine Behandlungsdauer von weniger als 14 Tagen (hauptsächlich vorzeitige Entlassungen auf Patientenwunsch) und
- unvollständige Datensätze bei basalen Angaben (Geschlecht, Alter, erste F-Diagnose, Behandlungsdauer).

Fehlende Angaben bei weiteren Variablen wurden in der bivariaten Auswertung in Kauf genommen (paarweiser Fallausschluss) um die Stichprobe nicht unnötig zu reduzieren. Für die multivariate Analyse wurden dagegen nur vollständige Fälle berücksichtigt (listenweiser Fallausschluss).

#### 4.2.3 Stichprobengröße

Der oben benannte Datensatz der Jahre 2009 bis 2012 umfasst insgesamt 4423 Fälle, darunter 2709 Fälle mit der Hauptdiagnose Depression gemäß oben genannter Definition (F31 bis F33). 128 Fälle mussten gemäß der festgelegten Kriterien aufgrund zu geringer Behandlungsdauer (< 14 Tage) ausgeschlossen werden. Es verbleiben 2581 Fälle für die Analyse. Tabelle 4.1 zeigt die Verteilung auf die Diagnosegruppen.

**Tab. 4.1:** Fälle in der Auswertung nach Diagnosen

Hauptdiagnose	Anzahl der Fälle	Anteil in Prozent	davon mit F60/F61	F60/F61 in Prozent
bipolare affektive Störung (F31)	72	2,8	11	15,3
depressive Episode (F32)	915	35,5	66	7,2
rezidivierende depressive Störung (F33)	1594	61,8	280	17,6
Insgesamt (F31-F33)	2581	100,0	357	13,8



### **4.3 Datenerhebung und Messzeitpunkte**

Die Primärdaten wurden in der Klinik Windach im Rahmen der Routinedokumentation erhoben. Soziodemographische und krankheitsbezogene Angaben sowie eine – hier nicht ausgewertete – Einschätzung des eigenen Therapieerfolges werden standardisiert schriftlich vom Patienten erfragt. Die Erfassung der übrigen Daten erfolgt EDV-gestützt durch die Therapeuten (von Heymann et al. 2003). Erhebungszeitpunkte sind jeweils Aufnahme und Entlassung, wobei für diese Analyse nur Aufnahmedaten zur Verfügung standen. Nach Kontrolle der Daten auf Vollständigkeit und Qualität werden sie aggregiert und anonymisiert an das „Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik“ (IQP) zur Auswertung geschickt (von Heymann et al. 2003), das auch Daten von 14 anderen psychosomatischen Kliniken sammelt und auswertet.

### **4.4 Zielparameter und Messinstrumente**

#### **4.4.1 Abhängige Variable: Behandlungsdauer**

Die abhängige Variable dieser Untersuchung ist die *Behandlungsdauer in Tagen*. Sie unterscheidet sich von der Verweildauer dadurch, dass für Patienten, die probeweise für wenige Tage nach Hause entlassen werden, die stationären Tage vor und nach der Probeentlassung zusammengerechnet werden. Der unterbrochene Aufenthalt wird also ein Behandlungsfall betrachtet (von Heymann 2003, siehe auch Kap. 2.1.4), was der Intention eines solchen Behandlungsplans gerechter wird als eine formale Unterscheidung in zwei Verweildauern.

#### **4.4.2 Unabhängige Variablen**

Die unabhängigen Variablen dieser Untersuchung ergeben sich zumeist unmittelbar aus den Hypothesen (siehe Kap. 3.2), wobei für einige Variablen Zusammenfassungen gering besetzter und inhaltlich nahe beieinanderliegender Ausprägungen für Auswertungszwecke und aus Gründen der prägnanteren Darstellung vorgenommen wurden.

Während sich die Mehrzahl der unabhängigen Variablen direkt aus der Psy-BaDo-PTM ergibt (1-Item-Variablen), müssen zwei komplexe theoretische Konstrukte, nämlich „Schweregrad“ und „Patientenkarriere“ durch Operationalisierung messbar gemacht werden. Im Fol-

genden wird beschrieben, mit welchen Indikatoren und Gewichtungen die genannten Konstrukte gemessen wurden.

Als Indikator für den *Schweregrad* der psychischen Symptomatik in dieser Studie dient das ICD-10-Symptom-Rating (ISR, siehe auch Kap. 4.4.4). Während die Subskala „Depressives Syndrom“ die Einschätzung des spezifischen Schweregrades ermöglicht, gibt der ISR-Gesamtscore als Mittelwert aller Subskalenwerte einen Hinweis auf die Ausprägung der gesamten psychischen Belastung, inklusive eventueller psychischer oder psychosomatischer Komorbiditäten. Beide Skalenwerte werden in der vorliegenden Sekundäranalyse als potentielle Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer untersucht.

Unter *Patientenkarriere* wurden hier die Vorbehandlungen im Gesundheitssystem wegen psychiatrischer oder psychosomatischer Erkrankungen verstanden. Hierzu liefert die Psy-BaDo-PTM eine Reihe von Variablen. Im Rahmen dieser Sekundäranalyse wurden die Anzahl und die Dauer stationärer und/oder teilstationärer Vorbehandlungen sowie Anzahl und Dauer ambulanter Vorbehandlungen in jeweils fünf Klassen mit einem Wertebereich von 0 (keine Vorbehandlungen) bis 4 zusammengefasst (siehe Anhang). Der Gesamtscore „Vorbehandlungen“ bzw. „Patientenkarriere“ wurde gebildet, indem die Einzelwerte addiert und durch vier geteilt wurden. Es ergibt sich ein Gesamtwert, der zwischen 0 und 4 Punkten liegen kann, wobei 4 für eine durch zahlreiche und lang andauernde Inanspruchnahmen geprägte Patientenkarriere steht.

#### **4.4.3 Psy-BaDo-PTM**

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Forderung nach qualitätssichernden Maßnahmen für alle Bereiche der Medizin haben Vertreter der in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen psychotherapeutischen Fachgesellschaften die Psy-BaDo als Kernmodul einer Basis- und Ergebnisdokumentation erarbeitet (Heuft und Senf 1998). Die Psy-BaDo ist nach Heuft und Senf (1998) therapieschulenübergreifend, (zeit-)ökonomisch, für den ambulanten und stationären Versorgungssektor praktikabel und gestuft einsetzbar konzipiert.

Unabhängig davon schlossen sich bereits 1994 in Bayern die Chefärzte von zunächst sieben psychosomatischen Kliniken zur einer Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in Psychosomatischen Kliniken“ zusammen (von Heymann et al. 2003), deren erstes Ziel die Etablierung einer praktikablen, einheitlichen, standardisierten und Schulen übergreifenden Basisdokumen-

tation für die stationäre Psychosomatik (PTM-BaDo) war, die dem internen und externen Qualitätsmanagement dienen soll.

Die erste Version wurde 2008 an die Psy-BaDo angeglichen und firmiert seither unter dem Begriff „Psy-BaDo-PTM“.

Auch in der Psychosomatischen Klinik Windach kommt die Psy-BaDo-PTM zum Einsatz. Sie enthält eine Vielzahl unterschiedlicher Items aus den Bereichen Soziodemografie, Kostenträger, bisherige Dauer der Beschwerden, Arbeitsunfähigkeit, psychotherapeutische Vorbehandlungen, Beeinträchtigungsschweregrad, psychische und somatische Diagnosen, Art und Ausmaß der multimodalen Behandlungen, Behandlungsdauer und Einschätzung des therapeutischen Erfolges (Tritt et al. 2003). Darüber hinaus kommt in der Klinik Windach das ICD-10-Symptom-Ranking (Tritt et al. 2008, Tritt et al. 2010, siehe auch Kap. 4.4.4) zum Einsatz.

Insgesamt umfasst die PsyBaDo-PTM ca. 200 Variablen, die vor allem die Bereiche der Prozess- und Ergebnisqualität abdecken. Die erfassten Parameter lassen sich in vier inhaltliche Bereiche einteilen (Psychosomatische Klinik Windach 2010):

- *soziodemographische Daten*, z.B. Familienstand, Partnersituation, Kinder, Schulabschluss, Berufsabschluss, aktuelle Berufssituation etc.
- *störungsbezogene Variablen*: Diagnosen, Krankheitsdauer, Beeinträchtigungsschwere, AU-Zeiten, Vorbehandlungen, Suizidversuche, Motivation, Symptomausprägung
- *prozessbezogene Variablen*, z.B. Behandlungsdauer, therapeutische Maßnahmen, Art der Beendigung, Medikamentenverordnungen, Weiterbehandlungsempfehlungen
- *ergebnisbezogene Variablen*: vorher-nachher Vergleich der Symptomausprägung und der Beeinträchtigungsschwere, Veränderungseinschätzungen durch Patienten und Therapeuten, Arbeitsfähigkeit bei Entlassung

#### **4.4.4 ISR**

Eine zentrale Bedeutung in der Basisdokumentation kommt dem ICD-10-Symptom-Rating (ISR) zu. Das 2007 vorgestellte Instrument soll „in möglichst zeit- und ressourcenökonomischer Form die Brücke zwischen einer störungsübergreifenden Erfassung der psychischen Symptomatik und der Vergabe einer möglichst validen, standardisierten Diagnose schlagen“ (Tritt et al. 2007a). Messziel des ISR ist die Evaluation der psychischen Symptomatik für Status- und Veränderungsmessungen auf der Basis von Selbsteinschätzungen durch den Patienten. Es ist für den Einsatz bei Erwachsenen in der ambulanten und stationä-

ren Routineversorgung konzipiert (Tritt et al. 2007a, 2008) und baut auf dem Kapitel F der ICD-10 auf. Bei der Itemformulierung sind jedoch nur Symptome aufgenommen worden, die durch den Patienten adäquat zu beantworten erschienen. Das ISR besteht aus 29 Items, die fünf spezifischen Skalen und einer Zusatzskala zugeordnet werden können: Depressives Syndrom (4 Items, z.B. „Meine Stimmung ist gedrückt/niedergeschlagen.“), Angstsyndrom (4 Items, z.B. „Ich versuche, bestimmte Situationen, die mir Angst machen, zu vermeiden.“), Zwangssyndrom (3 Items, z.B. „Ich leiste Widerstand gegen immer wiederkehrende, unsinnige Gedanken oder Handlungen, auch wenn mir das nicht immer gelingt.“), somatoformes Syndrom (3 Items, z.B. „Ich leide unter der ständigen quälenden Sorge, körperlich krank zu sein.“) und Essstörungssyndrom (3 Items, z.B. „Ich beschäftige mich viel damit, wie ich Gewicht abnehmen kann.“). Die Zusatzskala besteht aus 12 Einzelitems zu verschiedenen Bereichen. Die Patienten beurteilen alle Items über fünf Stufen (0 = „trifft nicht zu“, 1 = „trifft kaum zu“, 2 = „trifft ziemlich zu“, 3 = „trifft deutlich zu“, 4 = „trifft extrem zu“), die eine Einschätzung des Schweregrades ermöglichen. Skalenwerte ergeben sich als Mittelwert aus den jeweiligen Items, der ISR-Gesamtscore als Mittelwert der Subskalenwerte, wobei die Zusatzskala doppelt gewichtet wird.

Eine Analyse zur Validität des ISR ergab meist hohe Korrelationen zwischen den ISR- und SCL-90-R-Syndromskalen bis  $r = 0,81$  zwischen der ISR Depressionsskala und der SCL-Skala Depressivität. Auch der ISR-Gesamtscore korrelierte deutlich mit dem Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R ( $r = 0,84$ ; Tritt et al. 2010). Die Reliabilitätsprüfung ergab ein Cronbach alpha von 0,92 für den ISR-Gesamtscore. Dem ISR kann somit bisher eine mindestens befriedigende Reliabilität und Validität zugesprochen werden.

#### **4.5 Statistische Auswertung**

Die Auswertung der Daten im Rahmen der Sekundäranalyse erfolgten auf der Basis anonymisierter und aufbereiteter Datensätze mit dem statistischen Programmpaket SPSS® in zwei Stufen, zunächst bivariat und anschließend multivariat.

Die Aufbereitung der Daten für die Zwecke dieser Sekundäranalyse umfasste

- den Ausschluss von Fällen nach Definition (z.B. Behandlungsdauer < 14 Tage)
- den Ausschluss von einzelnen Werten außerhalb des definierten Bereichs bzw. nicht plausiblen (Extrem-)Werten,
- die Berechnung neuer Variablen aus den vorhandenen (z.B. Patientenkarriere),

- die Zusammenfassung von selten besetzten Kategorien nominal und ordinal skaliert Variablen sowie z. T. die Klassenbildung bei metrischen Variablen.

Bei folgenden nominal skalierten Variablen wurden Zusammenfassungen von Kategorien auf der Basis sowohl inhaltlicher Überlegungen wie auch der vorgefundenen Häufigkeiten vorgenommen (siehe auch Anhang):

- Bei der Variable Haushalt, die der Wohnsituation entspricht („In wessen Haushalt lebt der Patient?“), wurde unterschieden zwischen allein lebenden Patienten (ursprüngliche Kategorien „allein / eigener Haushalt ohne Partner“ sowie ferner „ohne festen Wohnsitz“) und nicht allein lebenden Patienten (ursprüngliche Kategorien „Eltern / Schwiegereltern / Pflege-, Stiefeltern“, „eigener Haushalt mit Partner / eig. Fam.“, „bei Kindern“ und weitere).
- Bei der Partnersituation wurde unterschieden zwischen Patienten ohne Partner (kurzfristig oder langfristig) und Patienten mit festem Partner (zusammen lebend oder nicht zusammen lebend). Die sehr kleine Gruppe der Patienten mit wechselnden Partnern wurde der Gruppe ohne Partner zugerechnet, da die Psy-BaDo-PTM hierunter unverbindliche Beziehungen, die keinen echten Rückhalt bieten, versteht.
- Beim Schulabschluss wurde in drei Kategorien zusammengefasst: bis Hauptschulabschluss (kein Abschluss, Sonderschulabschluss, Hauptschulabschluss mit oder ohne Quali), mittlerer Abschluss (Realschule, polytechnische Oberschule) und höherer Abschluss (Abitur).
- Beim Berufsabschluss wurden die Kategorien „Fachschule“ und „Meister zusammengefasst, die restlichen Kategorien blieben unverändert.
- Bei der zuletzt ausgeübten Berufstätigkeit wurden drei übergeordnete Kategorien gebildet: Angestellte (aus den ursprünglichen Kategorien zu Arbeitern, Handwerkern, Angestellten und Beamten unterschiedlicher Ebenen sowie Auszubildenden), Selbständige (mit kleinen, mittleren und größeren Betrieben) sowie nie Erwerbstätige.
- Bei der jetzigen Erwerbssituation wurde zwischen aktuell Erwerbstätigen (Vollzeit, Teilzeit, Altersteilzeit, Minijob, Gelegenheitsarbeit, Ausbildung/Umschulung, Wehr-/Zivildienst/FSJ, beschützte Beschäftigungen), nicht Erwerbstätigen (mithelfende Familienangehörige, Hausfrau/-mann, Arbeitslosen, Rentnern, anderweitig ohne berufliche Beschäftigung) und unklaren Fällen („anderes“) unterschieden.
- Die hauptsächliche derzeitige Einkommensquelle fasst reguläre Einkommen (Einkommen durch Arbeitstätigkeit/Stipendium, Altersrente), Einkommen aus Sozialleistungen (EU-/BU-Rente, Krankengeld, Unterstützung durch Eltern/Verwandte, Unterhalt durch Ehegatten/Partner, Arbeitslosengeld I und II, BAföG) sowie unklare Fälle (teils, teils, Sonstiges) zusammen.

- Die Variable Rentenverfahren wurde dichotomisiert („nein/trifft nicht zu“ vs. geplant, gestellt oder strittig).

#### 4.5.1 Bivariate Analyse

Auf der Basis der aufbereiteten Daten wurden neben der Beschreibung der Stichprobe zunächst bivariate Dependenzanalysen zum Einfluss der benannten unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable „Behandlungsdauer“ durchgeführt.

Die bivariate Auswertung der Daten unter dem Gesichtspunkt der Fragestellung, ob bei verschiedenen Subgruppen Unterschiede in der Behandlungsdauer vorlagen, erfolgte aufgrund fehlender Normalverteilung und teilweise stark unterschiedlicher Gruppengrößen anhand nonparametrischer Signifikanztests:

- Als Unterschiedstest für den Vergleich von zwei Verteilungen mit unabhängigen Stichproben mit metrischen Daten ohne Verteilungsannahme wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test eingesetzt.
- Als Test für den Vergleich von mehr als zwei Verteilungen wurde der Kruskal-Wallis-H-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt.

Das Alphafehlerniveau wurde auf 5 Prozent bei zweiseitiger Testung festgesetzt. Der durch das multiple Testen bedingten Alphafehler-Kumulierung wurde durch das Adjustieren der p-Werte durch die Bonferroni-Holm-Korrektur entgegengewirkt. Nach der Bonferroni-Holm-Korrektur ergibt sich in dieser Auswertung bei insgesamt 27 Signifikanztests (siehe Hypothesen) als unterste Schranke für den kleinsten p-Wert  $5\%/27 = 0,00185$ , für den zweitkleinsten p-Wert  $5\%/26 = 0,00192$  etc. (Victor et al. 2010).

Grafisch werden die beobachteten relevanten Unterschiede zwischen verschiedenen Subgruppen mit sogenannten Fehlerbalkendiagrammen dargestellt. Diese bilden neben der Lage des Mittelwertes zusätzlich das 95%-Konfidenzintervall ab, das die wahrscheinliche Lage des Mittelwertes in der Grundgesamt mit 95-prozentiger Sicherheit angibt. Wenn sich die Fehlerbalken für zwei Gruppen nicht überlappen, kann dies ein Hinweis darauf sein, dass bei einem parametrischen oder nonparametrischen Unterschiedstest die Gleichheit der Mittelwerte in allen Gruppen abgelehnt würde.

#### **4.5.2 Mehrfaktorielle Varianzanalyse**

Nach Identifikation relevanter Faktoren in der bivariaten Analyse wurden Variablen, die dabei nach Adjustierung des Signifikanzniveaus Signifikanz erreichten in einer anschließenden mehrfaktoriellen Varianzanalyse berücksichtigt. Mehrfaktorielle Varianzanalysen untersuchen abhängige Variablen in Abhängigkeit von mehreren unabhängigen Variablen (auch: Prädiktoren oder Faktoren). Es handelt sich um eine Analyse von Unterschieden auf der Basis von Mittelwertdifferenzen zwischen Teilpopulationen. Die unabhängigen Variablen in der Varianzanalyse sind in der Regel nominalskaliert, weshalb vorhandenen intervallskalierte Prädiktoren in Klassen eingeteilt wurden.

Es wurden ausschließlich die als Haupteffekte bezeichneten direkten Einflüsse der in die mehrfaktorielle Varianzanalyse eingeschlossen Variablen betrachtet, da für die Analyse von Wechselwirkungen (Interaktionen) der unabhängigen Variablen die Zahl der eingespeisten Faktoren deutlich zu hoch war. Für die mehrfaktorielle Varianzanalyse wurden nur Fälle berücksichtigt, die bei allen in das Modell aufgenommenen Variablen vollständige Datensätze aufwiesen.

#### **4.5.3 Klassifikationsanalyse**

Da die mehrfaktorielle Varianzanalyse im vorliegenden Zusammenhang aufgrund der Vielzahl der unabhängigen Variablen nur Haupteffekte, aber keine Interaktionseffekte liefern konnte, wurde ergänzend der Einfluss der unabhängigen Variablen auf die Behandlungsdauer mittels Klassifikationsanalyse untersucht. Diese teilt die Gesamtstichprobe auf der Basis von Prädiktorvariablen in verschiedene Teilpopulationen bzw. Segmente auf. Erstellt wird ein baumähnliches Klassifizierungsmodell, das verdeutlicht, welche Prädiktorenkombination einen stärkeren, schwächeren oder gar keinen Einfluss auf die abhängige Variable Behandlungsdauer ausüben, wobei die Kategorien der unabhängigen Variablen, die sich statistisch nicht unterscheiden lassen, automatisch zusammengeführt werden.

Für die hier vorgestellte Klassifikationsanalyse wurde die Aufbaumethode „Exhaustive Chaid“ gewählt, das Signifikanzniveau für das Aufteilen von Knoten auf 0,01 festgesetzt, dieses mittels Bonferroni-Methode angepasst und eine maximale Baumtiefe von 5 vorgegeben. Die erzeugten Teilpopulationen (Segmente) wurden zur Veranschaulichung nach der Ausprägung der Behandlungsdauer in ein Ranking gebracht.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Allgemeine Beschreibung der Stichprobe

#### 5.1.1 Soziodemografische Merkmale

Die untersuchte Stichprobe stationär in der Psychosomatischen Klinik Windach behandelter Patienten mit depressiven Erkrankungen umfasst 2581 Fälle aus dem Zeitraum Juli 2009 bis Dezember 2011, darunter überwiegend Frauen ( $n = 1493$  bzw. 57,8%; Männer: 1088 bzw. 42,2%). Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 45,2 Jahre bei einer Standardabweichung (SD) von 11,98. Der älteste Patient war 77 Jahre alt. Die zahlenmäßig stärkste Altersgruppe waren die 45 bis 54-jährigen mit 890 Fällen (34,5%).

Die Patienten waren weit überwiegend deutscher Nationalität ( $n = 2454$  bzw. 95,1%), die übrigen 119 Fälle (4,6%) verteilen sich auf 38 Nationen, darunter 22 Türken, 13 Österreicher und 10 Italiener. In acht Fällen fehlte die Angabe der Nationalität. Die sprachliche und/oder kulturelle Barrieren für eine Psychotherapie wurden für 17 Patienten als „hoch“ eingestuft (0,7%), für 41 Patienten als „mittel“ (1,6%) und für 83 Patienten als „kaum“ (3,2%). 76 Patienten erhielten die Psychotherapie in ihrer Muttersprache (3,0%). Für eine deutliche Mehrheit von 91,6 Prozent (2359 Fälle) wurden keine Barrieren konstatiert. In fünf Fällen fehlte eine entsprechende Angabe.

Die Patienten leben überwiegend im eigenen Haushalt mit Partner oder Familie ( $n = 1309$  bzw. 50,9%). 175 Patienten (6,8%) lebten bei ihren Eltern, 64 (2,5%) in Wohngemeinschaften. Als allein lebend waren 955 Personen (37,2%) zu charakterisieren. Andere Haushaltskonstellationen kamen nur vereinzelt vor. In 11 Fällen fehlte die Angabe.

1594 Patienten (62%) lebten mit einem festen Partner zusammen, 44 (1,7%) mit wechselnden Partnern und 935 (36,3%) hatten keinen Partner. Verheiratet waren 1238 Patienten (48,1%), darunter 190 getrennt lebend. Geschieden waren 374 Patienten (14,5%), verwitwet 76 (3,0%) und ledig 885 (34,4%). Mindestens ein Kind hatten 809 Patienten (31,4%), ohne Kinder waren 1764 Patienten (68,6%). Bei allen drei Variablen zur familiären Lebenssituation fehlten für jeweils acht Fälle die entsprechenden Angaben.

Häufigster Schulabschluss war das Abitur oder Fachabitur ( $n = 898$  bzw. 36,3%). Über einen mittleren Abschluss (Realschule, polytechnische Oberschule) verfügten 825 Patienten (33,3%). Einen Hauptschulabschluss (mit oder ohne Quali) hatten 710 Patienten (27,6%).



Die verbleibenden Fälle verteilen sich auf die Kategorien „Sonderschulabschluss“ (n = 11; 0,4%), „kein Schulabschluss“ (n = 31; 1,2%), „noch in der Schule“ (n = 18; 0,7%) und „sonstiger Abschluss“ (z.B. schwer zuzuordnender ausländischer Abschluss; n = 77; 3,0%). In 11 Fällen fehlte eine Angabe über den Schulabschluss.

Bei den Berufsabschlüssen dominiert die abgeschlossene Lehre mit 1031 Fällen bzw. 40,4 Prozent, gefolgt vom Fachhochschul- oder Universitätsabschluss (n = 594; 23,3%). Die Fachschule abgeschlossen oder eine Meisterprüfung bestanden hatten 421 Patienten (16,5%). Einen sonstigen Abschluss hatten 186 Patienten (7,3%), ohne Abschluss waren 199 Fälle (7,3%) und noch in Ausbildung waren 120 Patienten (4,7%). In 30 Fällen fehlte die Angabe.

Die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit streut breit über die 11 vorgesehenen Kategorien. Zusammengefasst lassen sich 2168 Patienten (86,9%) als – zuletzt – angestellt klassifizieren und 263 als selbständig (10,5%). 65 Patienten (2,6%) waren nie erwerbstätig und in 85 Fällen fehlte die Angabe.

Der Erwerbsstatus bei Aufnahme sieht überwiegend Voll- oder Teilzeit-Erwerbstätige (n = 1687; 66,6%). Als nicht erwerbstätig (hauptsächlich arbeitslos, berentet, Hausfrau-/mann) waren insgesamt 732 Fälle (28,9%) einzustufen. In 114 Fällen (4,5%) blieb die Angabe unklar und in 48 Fällen fehlte sie ganz.

Über ein reguläres Einkommen aus Arbeitstätigkeit, Stipendium oder Altersrente verfügten 1173 Patienten (45,9%). Ein Einkommen aus Sozialleistungen bezogen 1244 Patienten (48,7%), darunter am häufigsten vertreten das Krankengeld, Arbeitslosengeld I und II sowie Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrenten. Unklar blieb die Einkommenssituation in 138 Fällen (5,4%) und in 26 Fällen fehlte eine Angabe.

Die Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten zwölf Monaten vor Aufnahme betrug bei einer breiten Streuung im Mittel 14,8 Wochen (SD = 15,8; Median: 9,0). Hier sind die Angaben von Selbständigen und Nichterwerbstätigen enthalten, für die modifizierte Fragen gestellt wurden. Die Anzahl fehlender Angaben ist mit 288 (11,2%) bei dieser Variablen vergleichsweise hoch.

Einen (Zeit-)Rentenantrag geplant oder gestellt hatten nach eigenen Angaben 208 Patienten (8,1%). Eine deutliche Mehrheit verneinte dies (n = 2365; 91,9%). In acht Fällen fehlte diese Angabe.

Tab. 5.1 fasst die wichtigsten soziodemographischen Merkmale der Stichprobe zusammen.

**Tab. 5.1:** Merkmale der Stichprobe bei Aufnahme

<b>Patientenmerkmale</b>	<b>n</b>	<b>Prozent bzw. Mittelwert (SD)</b>
<i>Geschlecht*</i>		
Frauen	1493	57,8%
Männer	1088	42,2%
<i>Alter in Jahren**</i>	2581	45,2 (12,0)
<i>Nationalität*</i>		
deutsch	2454	95,4%
andere	119	4,6%
<i>Wohnsituation*</i>		
allein lebend	961	37,6%
nicht allein lebend	1593	62,4%
<i>Partnersituation*</i>		
kein Partner	935	36,3%
wechselnde Partner	44	1,7%
fester Partner	1594	62,0%
<i>Kinder*</i>		
ja	809	31,4%
nein	1764	68,6%
<i>Schulbildung*</i>		
bis Hauptschule	752	30,4%
mittlerer Abschluss	825	33,3%
Gymnasium/Abitur	898	36,3%
<i>Erwerbsstatus*</i>		
erwerbstätig (Voll- oder Teilzeit)	1687	66,6%
berentet, arbeitslos, Hausfrau/-mann	732	28,9%
unklar	114	4,5%
<i>Einkommensart*</i>		
Regulär (inkl. Altersrente)	1173	45,9%
aus Sozialleistungen	1244	48,7%
unklar	138	5,4%
<i>AU-Zeiten letzte 12 Monate in Wochen**</i>	2267	14,8 (15,8)
<i>Rentenverfahren*</i>		
nein	2365	91,9%
ja (geplant, gestellt, strittig)	208	8,1%

\* Anteil in Prozent; \*\* Mittelwert (Standardabweichung)

### 5.1.2 Krankheitsbezogene Merkmale

Häufigste Hauptdiagnose in der vorliegenden Stichprobe war die rezidivierende depressive Störung in gegenwärtig mittelgradiger Episode (F33.1; n = 1153; 44,7%), gefolgt von der mittelgradigen depressiven Episode (F32.1; n = 703; 27,2%), der rezidivierenden depressiven Störung in gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (F33.2; n = 395; 15,3%) und der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2; n = 185; 7,2%). Weitere Diagnosen aus dem ICD-10-Bereich F31 bis F33 kommen nur vereinzelt vor (Tab. 5.3). Bezogen auf die dreistellige ICD-10-Systematik dominieren Hauptdiagnosen aus dem Unterkapitel F33 (rezidivierende depressive Störung), wie Tabelle 4.1 zeigt.

Die depressive Haupterkrankung wird häufig begleitet von psychischer und somatischer Komorbidität. 1520 Fälle (58,9%) wiesen mindestens eine weitere psychische Diagnose auf. Durchschnittlich waren 0,95 (Median = 1) psychische und 2,59 (Median = 2) somatische Nebendiagnosen zu verzeichnen.

Häufigste psychische Nebendiagnose der depressiven Fälle (F31-F33) war eine „somatoforme Störung“ (F45), hier insbesondere die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), gefolgt von „anderen Angststörungen“ (F41), hier vor allem die Panikstörung (F41.0) und der „spezifischen Persönlichkeitsstörung“ (F60). Insgesamt wiesen z.B. 358 Patienten eine spezifische (F60), kombinierte oder andere Persönlichkeitsstörung (F61) auf (Tab. 5.2).

**Tab. 5.2:** Häufigste psychische Nebendiagnosen (ICD-10, dreistellig)

Rang	Diagnose	absolute Häufigkeit	Prozent aller Fälle
1.	Somatoforme Störung (F45)	418	16,2%
2.	Andere Angststörung (F41)	242	9,4%
3.	spezifische Persönlichkeitsstörung (F60)	232	9,0%
4.	Essstörung (F50)	218	8,4%
5.	Phobische Störung (F40)	215	8,3%
6.	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10)	167	6,5%
7.	Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak (F17)	128	5,0%
8.	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (F61)	126	4,9%
9.	Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	103	4,0%
10.	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54)	99	3,8%

Für die Einschätzung des Schweregrades kann das ISR herangezogen werden. Der mittlere Wert der ISR-Skala Depressives Syndrom lag bei 2,60 (SD = 0,86) auf der Skala von 0 („trifft nicht zu“) bis 4 („trifft extrem zu“). Der ISR-Gesamtscore lag bei 1,49 (SD = 0,62).

Mindestens ein Suizidversuch vor Aufnahme musste in 165 Fällen (6,5%) dokumentiert werden, eine Selbstschädigung ohne Suizidansicht lag in 14 weiteren Fällen (0,6%) vor. Bei 2340 Patienten (92,9%) gab es keinen aktuellen Suizidversuch, in 62 Fällen fehlte die Angabe. 14,8 Prozent hatten bereits mindestens einen Suizidversuch hinter sich. Die Anzahl der Suizidversuche ist in Tab. 5.3 dargestellt.

Die Gesamtdauer der nicht auf die Hauptdiagnose beschränkten psychischen Beschwerden war häufig sehr lang. Bei fast einem Drittel der Fälle betrug sie mehr als 15 Jahre (n = 750; 29,3%), bei weiteren 645 Fällen (25,2%) über fünf bis 15 Jahre. In 498 Fällen waren es über zwei bis fünf Jahre (n = 498; 19,4%), in 343 Fällen (13,4%) bis zwei Jahre und bei nur 325 Patienten (12,7%) maximal ein Jahr. In 20 Fällen fehlte die Angabe.

Entsprechend der Anamnese war auch die Patientenkarriere meist sehr ausgeprägt. Im Durchschnitt blickten die Patienten auf 1,45 (SD = 2,38) stationäre oder teilstationäre Vorbehandlungen und psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen zurück. Die durchschnittliche Dauer dieser Aufenthalte betrug 8,9 Wochen (SD = 17,8). Die durchschnittliche Anzahl ambulanter Psychotherapien betrug 3,5 (SD = 13,9), mehrheitlich zwischen 26 und 160 Stunden (n = 868; 33,7%). Die großen Standardabweichungen weisen auf die breite Streuung in den Daten hin. Die fehlenden Werte lagen bei den beschriebenen Variablen zwischen 34 und 155.

Tab. 5.3 fasst die wichtigsten krankheitsbezogenen Merkmale der untersuchten Stichprobe zusammen.

**Tab. 5.3:** Krankheitsbezogene Merkmale

<b>Patientenmerkmale</b>	<b>N</b>	<b>Prozent bzw. Mittelwert (SD)</b>
<i>Psychische Erstdiagnose*</i>		
bipolare affektive Störung (F31)	72	2,8%
leichte depressive Episode (F32.0)	19	0,7%
mittelgradige depressive Episode (F32.1)	703	27,2%
schwere depressive Episode (F32.2)	185	7,2%
sonstige depressive Episode (F32.3/8/9)	8	0,3%
rezidivierende depressive Störung, z.Z. leicht (F33.0)	18	0,7%
rezidivierende depressive Störung, z.Z. mittelgradig (F33.1)	1153	44,7%
rezidivierende depressive Störung, z.Z. schwer (F33.2)	395	15,3%
sonstige rezidivierende depressive Störung (F33.3/4/8)	28	1,1%
<i>Psychische Nebendiagnosen**</i>	2581	0,95 (1,04)
<i>Somatische Nebendiagnosen**</i>	2581	2,59 (2,20)
<i>Suizidversuche*</i>		
kein Suizidversuch	1959	85,2%
einer	233	10,1%
zwei	77	3,4%
drei oder mehr	29	1,3%
<i>Dauer der psychischen Beschwerden generell*</i>		
bis 1 Jahr	325	12,7%
bis 2 Jahre	343	13,4%
bis 5 Jahre	498	19,4%
bis 15 Jahre	645	25,2%
mehr als 15 Jahre	750	29,3%
<i>Anzahl (teil-)stationärer Vorbehandlungen**</i>	2504	1,45 (2,38)
<i>Dauer (teil-)stationärer Vorbehandlungen in Wochen**</i>	2455	8,93 (17,79)
<i>Anzahl ambulanter Vorbehandlungen**</i>	2426	3,52 (13,92)
<i>ISR-Skala Depressives Syndrom**</i>	2570	2,60 (0,86)
<i>ISR-Gesamtscore**</i>	2570	1,49 (0,62)
<i>Motivation*</i>		
nicht/kaum motiviert	74	3,0%
etwas motiviert	354	14,0%
motiviert	1250	49,6%
sehr motiviert	842	33,4%

\* Anteil in Prozent; \*\* Mittelwert (Standardabweichung)

### 5.1.3 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer liegt aufgrund der Einschlusskriterien für alle 2581 Fälle vor. Sie betrug für die ausgewählte Diagnosegruppe der depressiven Störungen (F31 – F33) 50,5 Tage (Standardabweichung = 14,74), wobei berücksichtigt werden muss, dass Fälle mit einer Aufenthaltsdauer unter 14 Tagen von der Analyse ausgeschlossen wurden. Tabelle 5.4 zeigt die wichtigsten Kennzahlen zur Behandlungsdauer für die gesamte Stichprobe in Abhängigkeit von den gewählten Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien im Überblick.

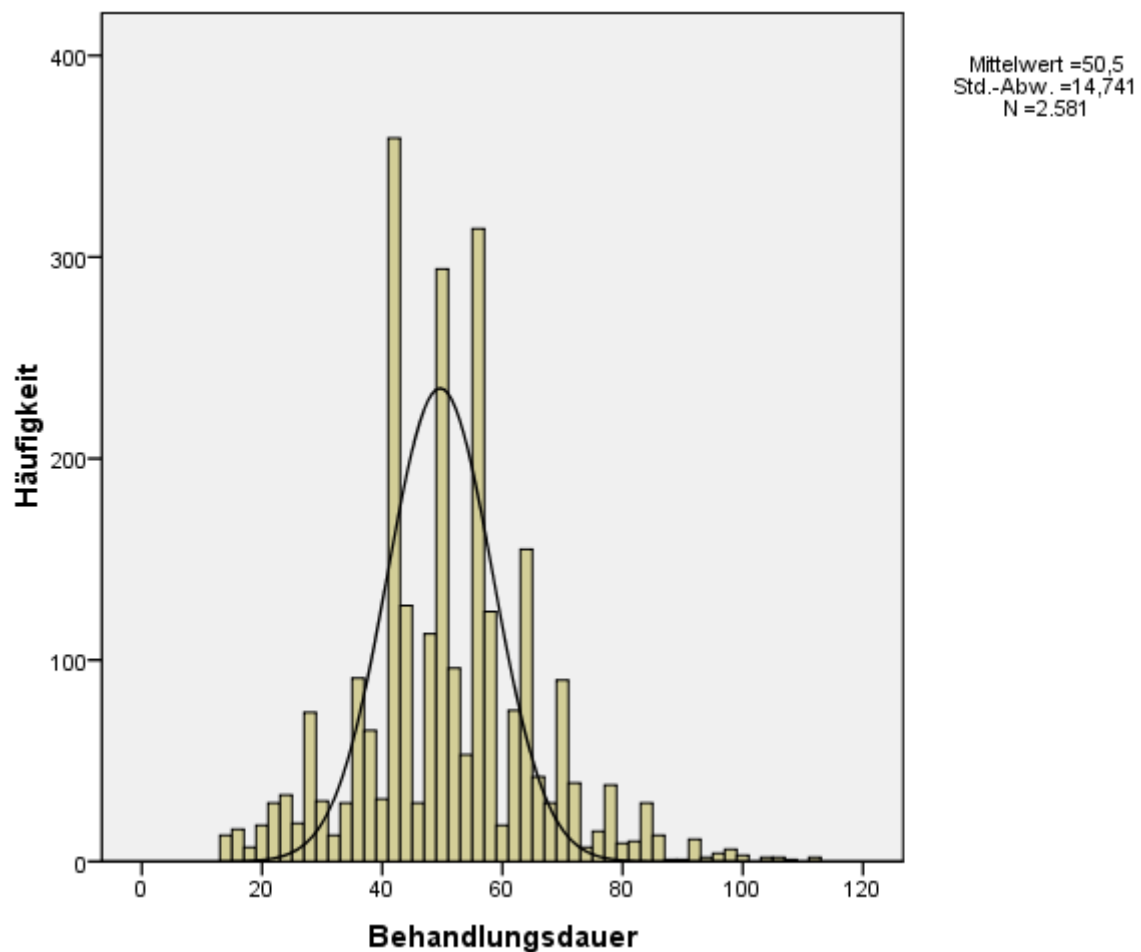
**Tab. 5.4:** Kennzahlen der Behandlungsdauer in Tagen der Diagnosegruppen F31, F32, F33

<b>Deskriptive Statistik</b>	<b>Werte bei gewählten Ein- und Ausschlusskriterien (Behandlungsdauer min. 14 Tage)</b>	<b>Werte für gesamte Diagnosegruppe ohne Ausschlusskriterium</b>
N	2581	2709
Mittelwert	50,50	48,33
Median	49,00	49,00
Standardabweichung	14,74	17,39
Varianz	217,29	302,35
Minimum	14	1
Maximum	112	112
Spannweite	98	111

Es wird deutlich, dass sich die Stichprobenvarianten nur geringfügig unterscheiden. Die größte Fallzahl und die größte Streuung weist naturgemäß die Stichprobe ohne Ausschlusskriterium auf. Die gewählte Variante ist diesbezüglich etwas homogener.

Abb. 5.1 zeigt ein Histogramm der Behandlungsdauer mit Normalverteilungskurve. Man erkennt eine mehrgipflige Verteilung, die von einer Normalverteilung deutlich abweicht. Der Lilliefors-Test auf Normalverteilung weist mit 0,000 ein signifikantes Ergebnis aus. Die Hypothese, dass die Werte normalverteilt sind, muss also zurückgewiesen werden. Für die Auswahl der statistischen Verfahren bedeutet dies, dass nonparametrische Verfahren zu bevorzugen sind.

**Abb. 5.1:** Histogramm der Behandlungsdauer



## 5.2 Ergebnisse der bivariaten Auswertung

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der auf nonparametrischen Unterschiedstests beruhenden bivariaten Auswertungen vorgestellt. Da der Mittelwert allein aufgrund der Ausreißer-Problematik kein optimales Tendenzmaß für die Behandlungsdauer ist (Richter 2001), wird der Median und die Standardabweichung in der deskriptiven Statistik immer mit angegeben. Die Abbildungen zeigen die Ergebnisse für die unterschiedlichen Teilpopulationen in Form eines Fehlerbalkendiagramms. Die kleinen Kreise beschreiben die Lage der Mittelwerte der Subgruppen, also die durchschnittlichen Behandlungsdauern. Die senkrechten Striche, die oben und unten jeweils durch einen Querbalken begrenzt werden, stellen das 95%-Konfidenzintervall dar. Das bedeutet, dass der Mittelwert in der Grundgesamtheit mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent im Bereich zwischen den beiden Querbalken liegt.

## 5.2.1 Soziodemografische Merkmale

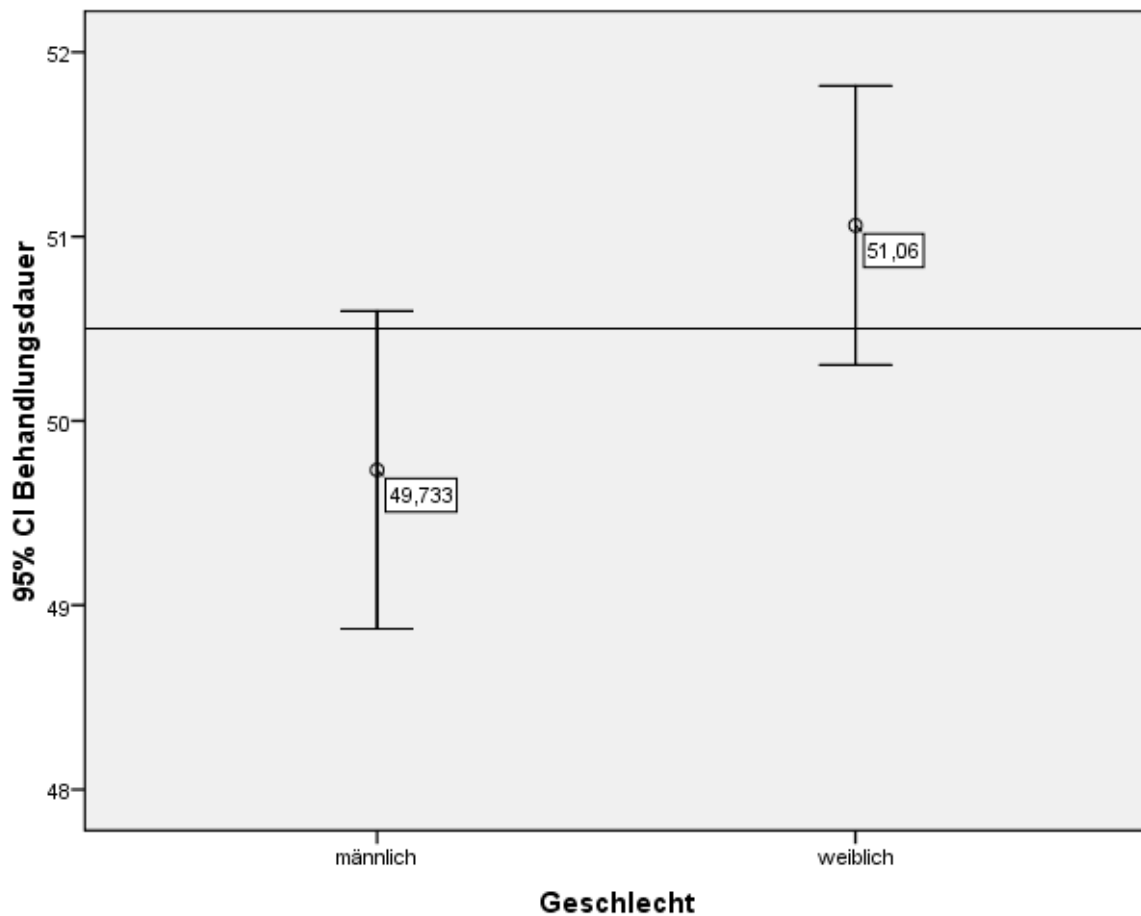
### 5.2.1.1 Geschlecht

Die Behandlungsdauer von Frauen und Männern unterscheidet sich nur geringfügig. Frauen waren im Durchschnitt mit 51,1 Tagen etwas länger in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung als Männer (49,7). Der geringfügige Unterschied erreicht im Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test) keine statistische Signifikanz ( $Z = 1,235$ ;  $p = 0,095$ ).

**Tab. 5.5:** Geschlecht und Behandlungsdauer

Geschlecht	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
männlich	1088	49,73	14,490	49,00
weiblich	1493	51,06	14,901	50,00
Insgesamt	2581	50,50	14,741	49,00

**Abb. 5.2:** Geschlecht und Behandlungsdauer





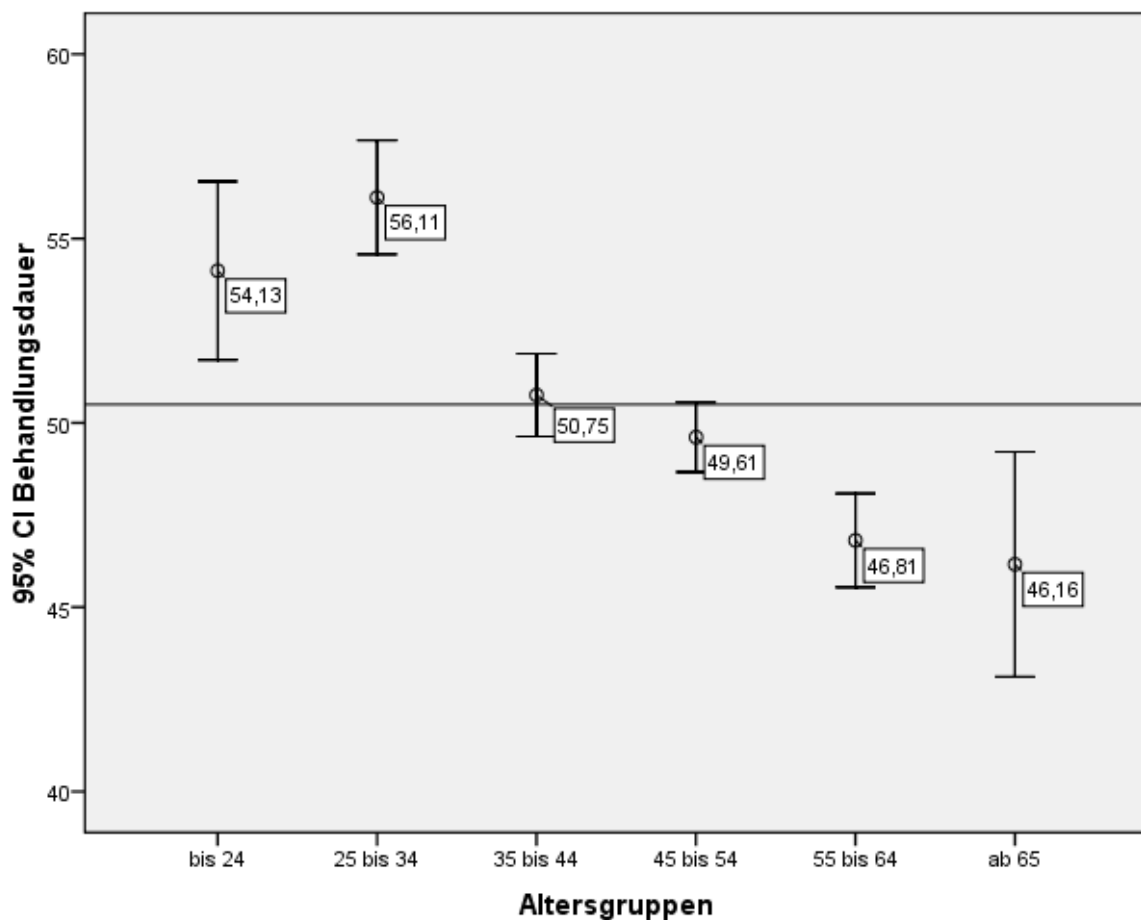
### 5.2.1.2 Alter

Beim Alter zeigen sich kürzere Behandlungsdauern in höheren Altersgruppen. Am kürzesten war die Behandlungsdauer bei den über 64-jährigen mit 46,2 Tagen, fast 10 Tage länger war sie bei den 25 bis 34-jährigen. Der Kruskal-Wallis-Test (K-W-Test) weist ein global signifikantes Ergebnis aus (Chi-Quadrat = 113,4;  $p < 0,001$ ).

**Tab. 5.6:** Altersgruppen und Behandlungsdauer

Altersgruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
bis 24	189	54,13	16,857	56,00
25 bis 34	358	56,11	14,880	56,00
35 bis 44	604	50,75	14,027	49,50
45 bis 54	890	49,61	14,351	49,00
55 bis 64	442	46,81	13,601	46,50
ab 65	98	46,16	15,219	43,00
Insgesamt	2581	50,50	14,741	49,00

**Abb. 5.3:** Altersgruppen und Behandlungsdauer



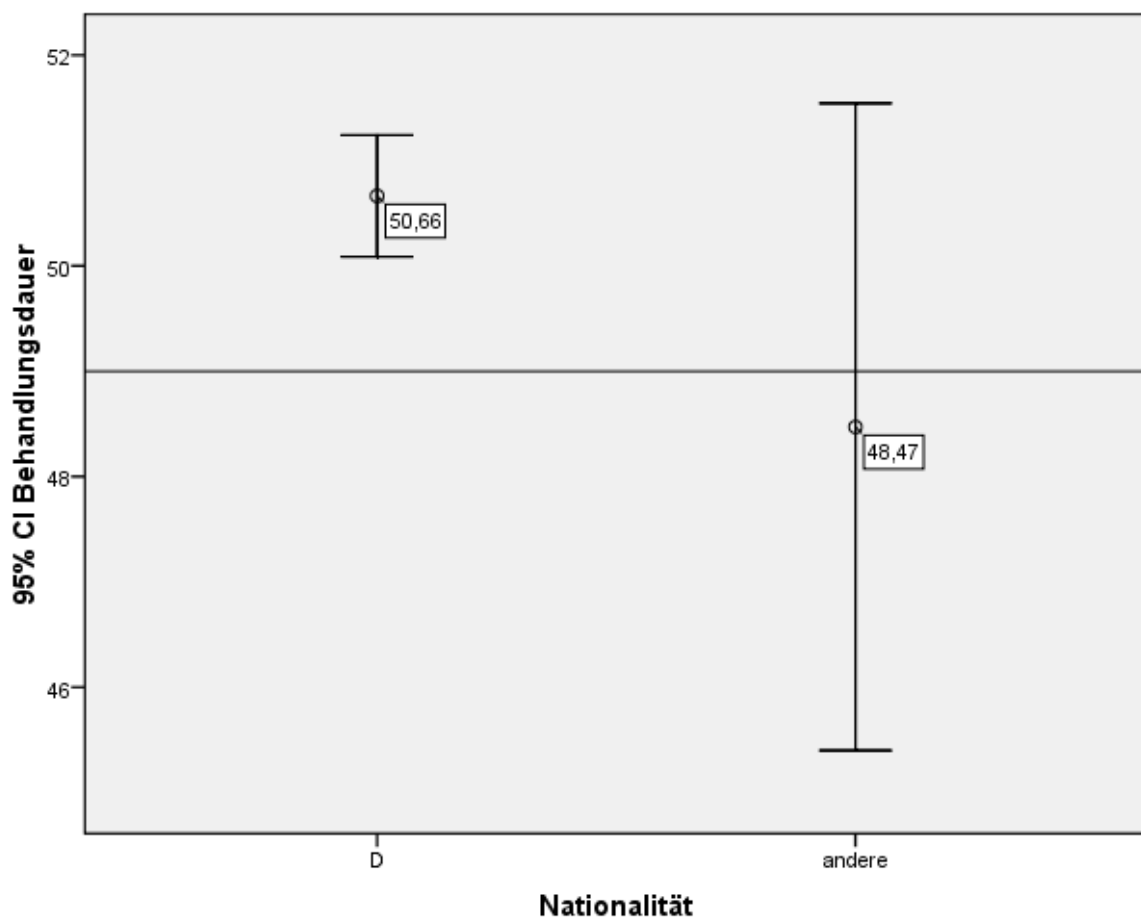
### 5.2.1.3 Nationalität

Bei der Nationalität haben deutsche Patienten mit 50,7 Behandlungstagen eine geringfügig aber nicht signifikant ( $Z = 0,903$ ;  $p = 0,388$ ) höhere Aufenthaltsdauer als Patienten anderer Nationalitäten.

**Tab. 5.7:** Nationalität und Behandlungsdauer

Nationalität	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Median
deutsch	2454	50,66	14,574	49,00
andere	119	48,47	16,921	49,00
Insgesamt	2573	50,56	14,695	49,00

**Abb. 5.4:** Nationalität und Behandlungsdauer



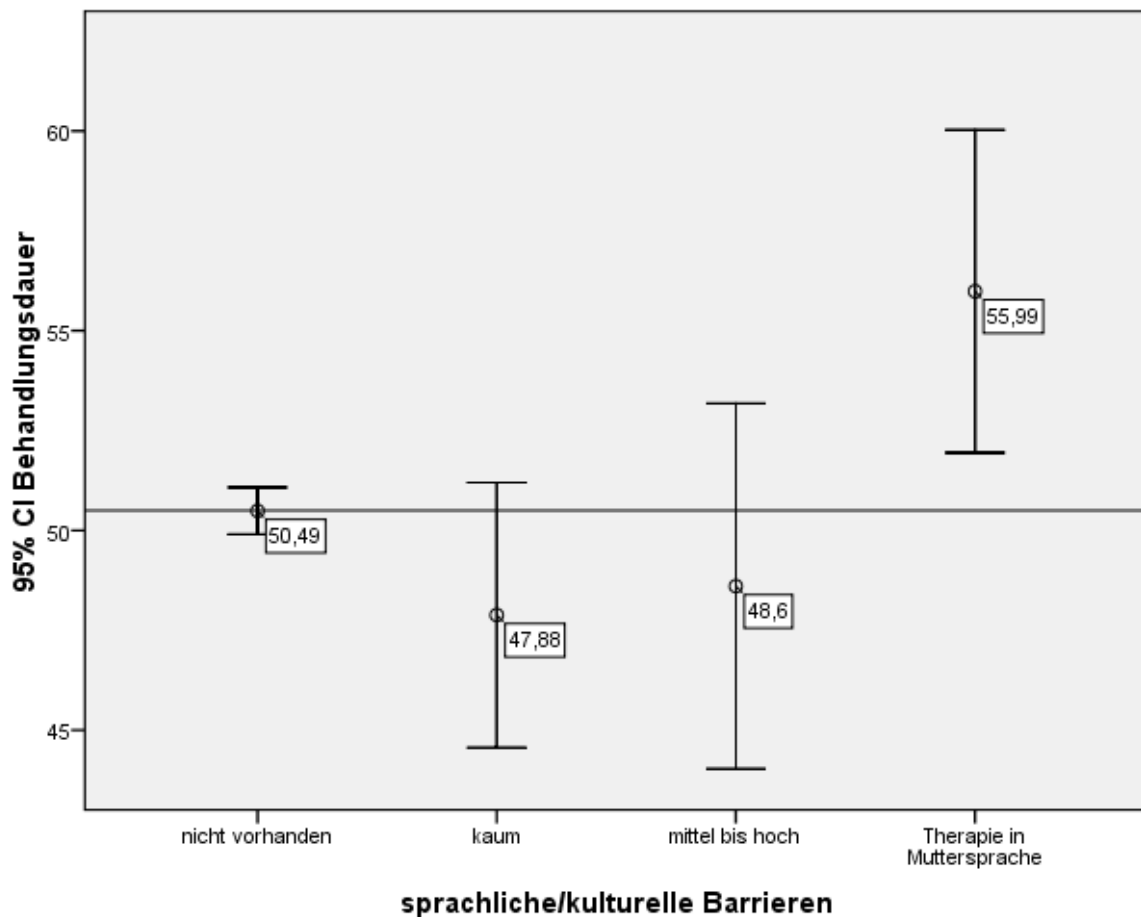
### 5.2.1.4 Barrieren

Betrachtet man mögliche sprachliche und/oder kulturelle Barrieren einer Psychotherapie, so zeigt sich ein zunächst signifikantes Ergebnis ( $\chi^2 = 11,27$ ;  $p = 0,010$ ), das durch eine überdurchschnittliche Behandlungsdauer der kleinen Gruppe derjenigen, die eine Therapie in ihrer Muttersprache erhielten, gekennzeichnet ist. Nach Adjustierung der p-Werte geht die Signifikanz jedoch verloren (siehe auch Tabelle 5.32).

**Tab. 5.8:** Barrieren und Behandlungsdauer

sprachliche bzw. kulturelle Barriere	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
nicht vorhanden	2359	50,49	14,514	49,00
kaum	83	47,88	15,206	49,00
mittel bis hoch	58	48,60	17,400	49,00
Therapie in Muttersprache	76	55,99	17,676	55,00
Insgesamt	2576	50,52	14,740	49,00

**Abb. 5.5:** Barrieren und Behandlungsdauer



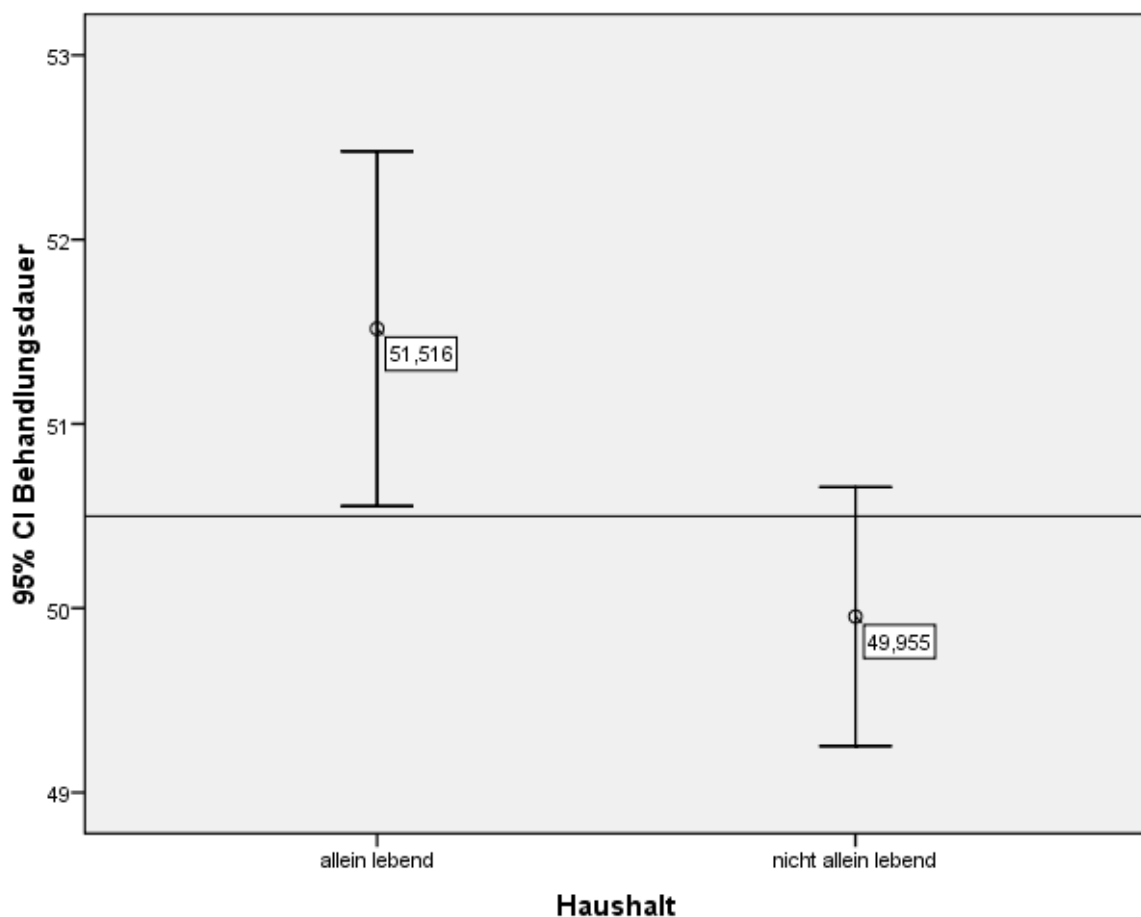
#### 5.1.2.5 Haushalt

Die Behandlungsdauer von allein lebenden Patienten und nicht allein lebenden unterscheidet sich nur mäßig. Allein lebende waren im Durchschnitt mit 51,5 Tagen etwas länger in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung als nicht allein Lebende mit knapp 50 Tagen. Der geringfügige Unterschied erreicht im Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test) keine statistische Signifikanz ( $Z = 1,226$ ;  $p = 0,099$ ).

**Tab. 5.9:** Haushalt/Lebenssituation und Behandlungsdauer

Lebenssituation	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Median
allein lebend	961	51,52	15,203	50,00
nicht allein lebend	1593	49,95	14,298	49,00
Insgesamt	2554	50,54	14,661	49,00

**Abb. 5.6:** Haushalt und Behandlungsdauer



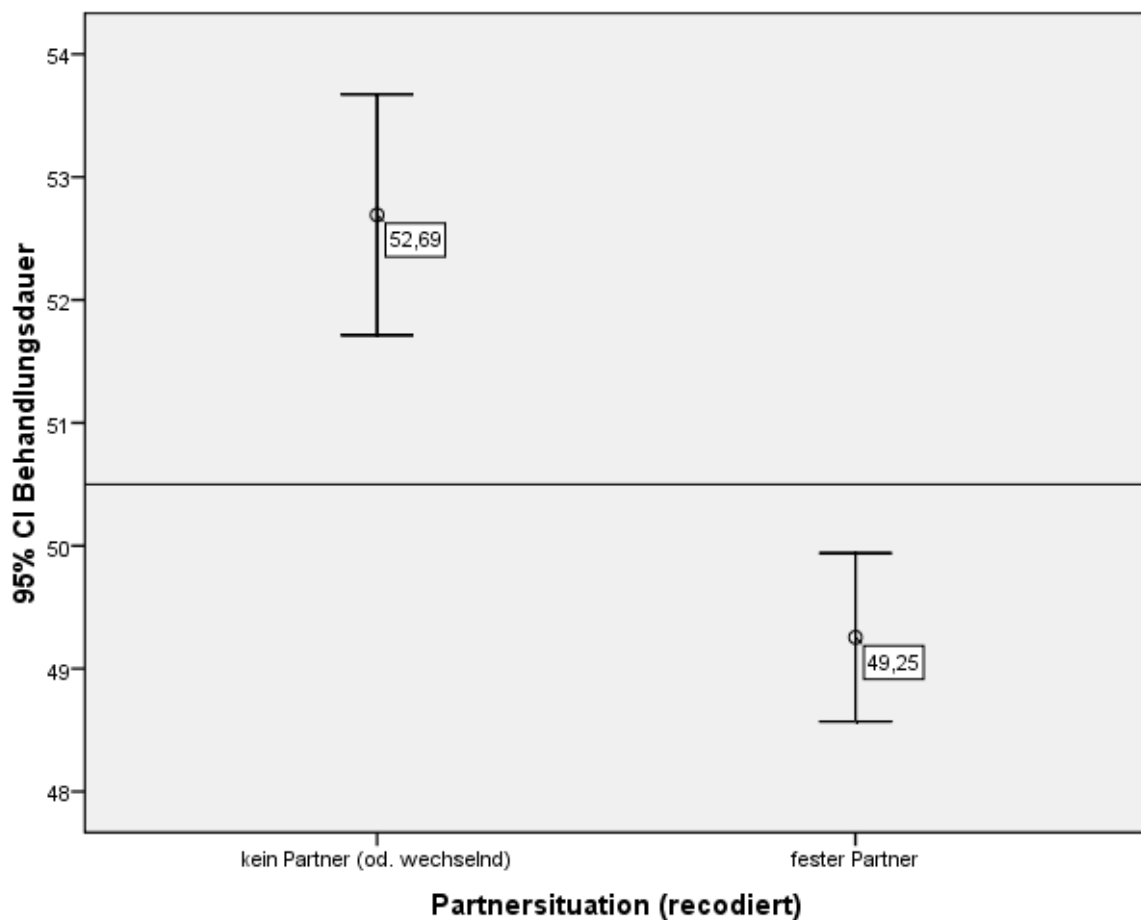
### 5.2.1.6 Partnersituation

Ein fester Partner scheint die Behandlungsdauer etwas zu verkürzen. Für die auf diese Gruppe entfallenden 1594 Patienten war mit 49,3 Tagen eine geringere Behandlungsdauer zu verzeichnen als für Patienten ohne oder mit wechselndem Partner (52,7). Der K-S-Test weist dies Ergebnis als signifikant aus ( $Z = 2,451$ ,  $p < 0,001$ ).

**Tab. 5.10:** Partnersituation und Behandlungsdauer

Partnersituation (recodiert)	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Median
kein Partner (od. wechselnd)	979	52,69	15,624	51,00
fester Partner	1594	49,25	13,938	49,00
Insgesamt	2573	50,56	14,695	49,00

**Abb. 5.7:** Partnersituation und Behandlungsdauer



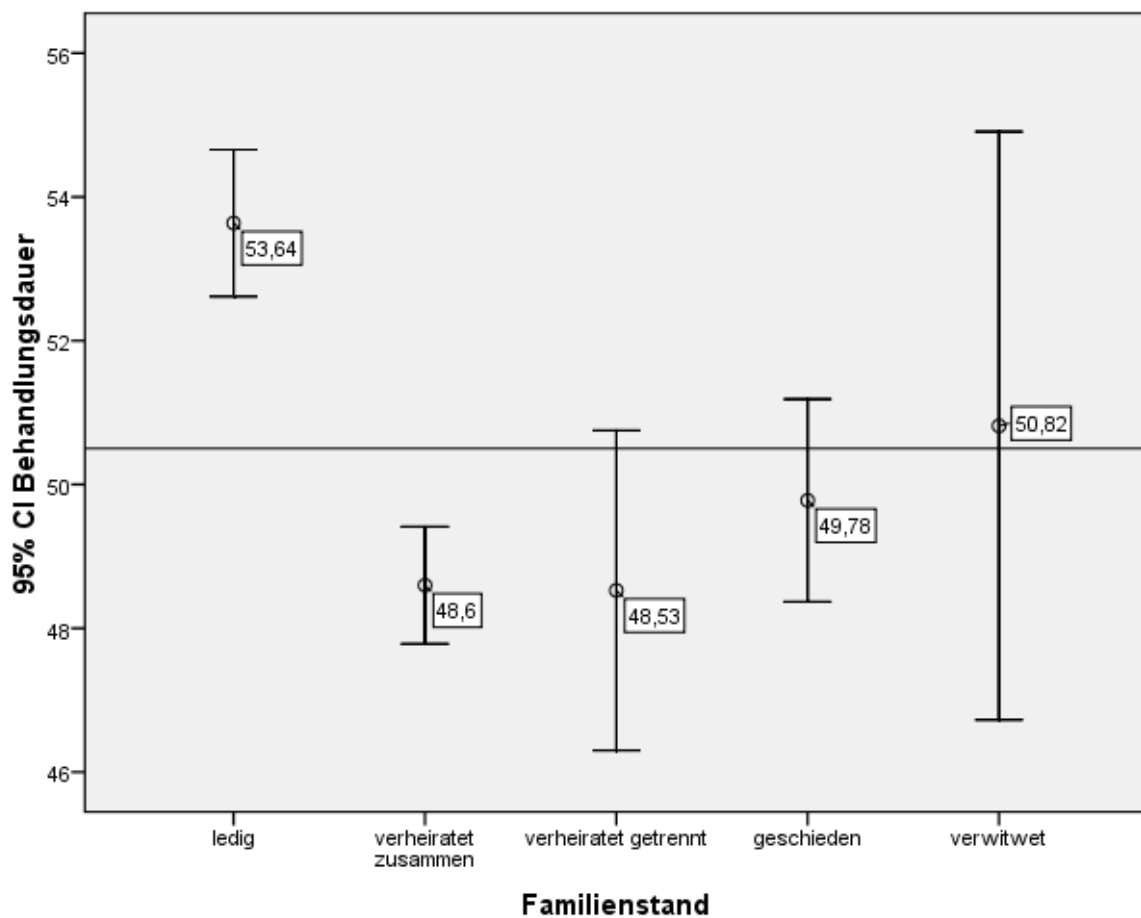
### 5.2.1.7 Familienstand

Ein ähnliches Bild zeigt die Differenzierung nach Familienstand. Ledige Patienten weisen eine höhere Behandlungsdauer auf als alle anderen Gruppen (siehe Tabelle 5.12). Im K-S-Test ergibt sich ein signifikantes Ergebnis (Chi-Quadrat = 63,3;  $p < 0,001$ ).

**Tab. 5.11:** Familienstand und Behandlungsdauer

Familienstand	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Median
ledig	885	53,64	15,481	54,00
verheiratet zusammen	1048	48,60	13,423	49,00
verheiratet getrennt	190	48,53	15,550	49,00
geschieden	374	49,78	13,863	49,00
verwitwet	76	50,82	17,906	49,00
Insgesamt	2573	50,56	14,695	49,00

**Abb. 5.8:** Familienstand und Behandlungsdauer



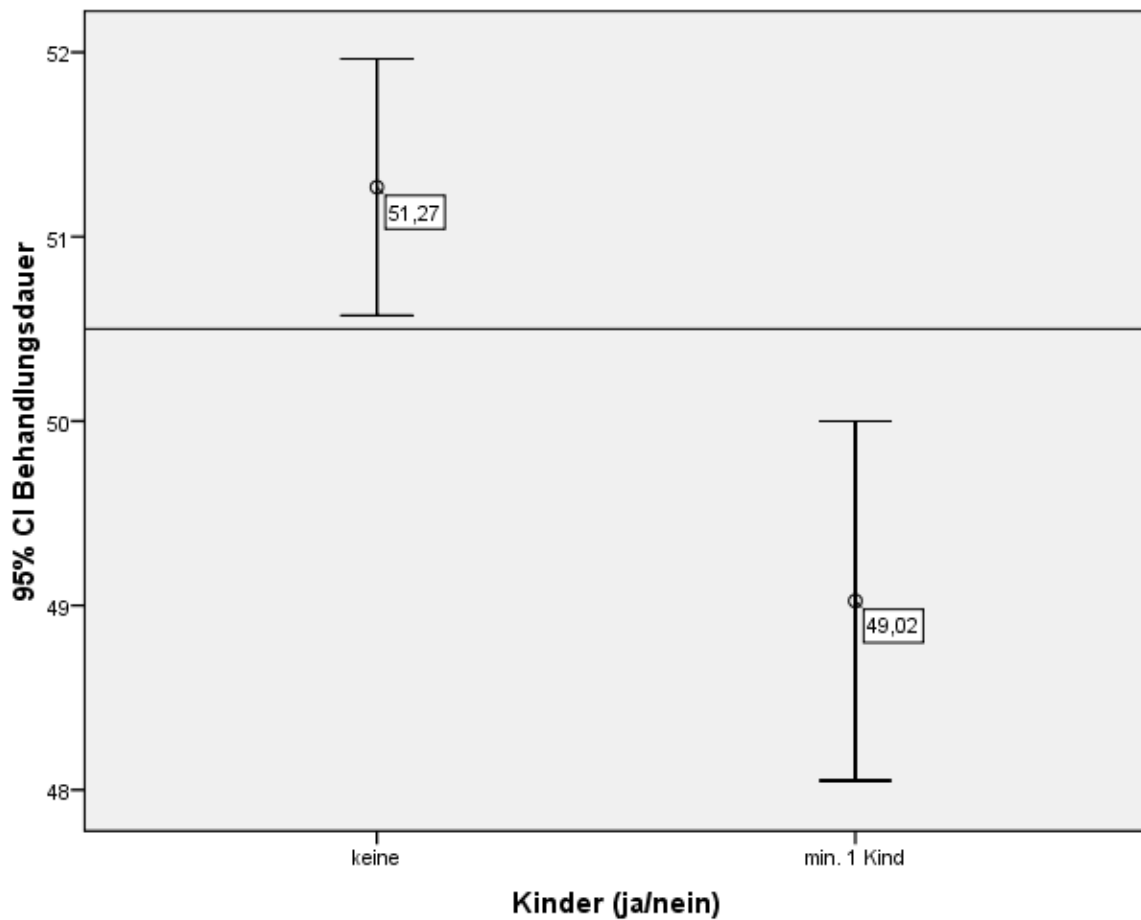
### 5.2.1.8 Kinder

Patienten ohne Kinder weisen eine längere Behandlungsdauer auf als Patienten mit mindestens einem Kind. Der Unterschied erreicht statistische Signifikanz ( $Z = 2,002$ ;  $p = 0,001$ ).

**Tab: 5.12:** Kinder und Behandlungsdauer

Kind/Kinder	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
keine	1764	51,27	14,903	50,00
min. 1 Kind	809	49,02	14,116	49,00
Insgesamt	2573	50,56	14,695	49,00

**Abb. 5.9:** Kinder und Behandlungsdauer



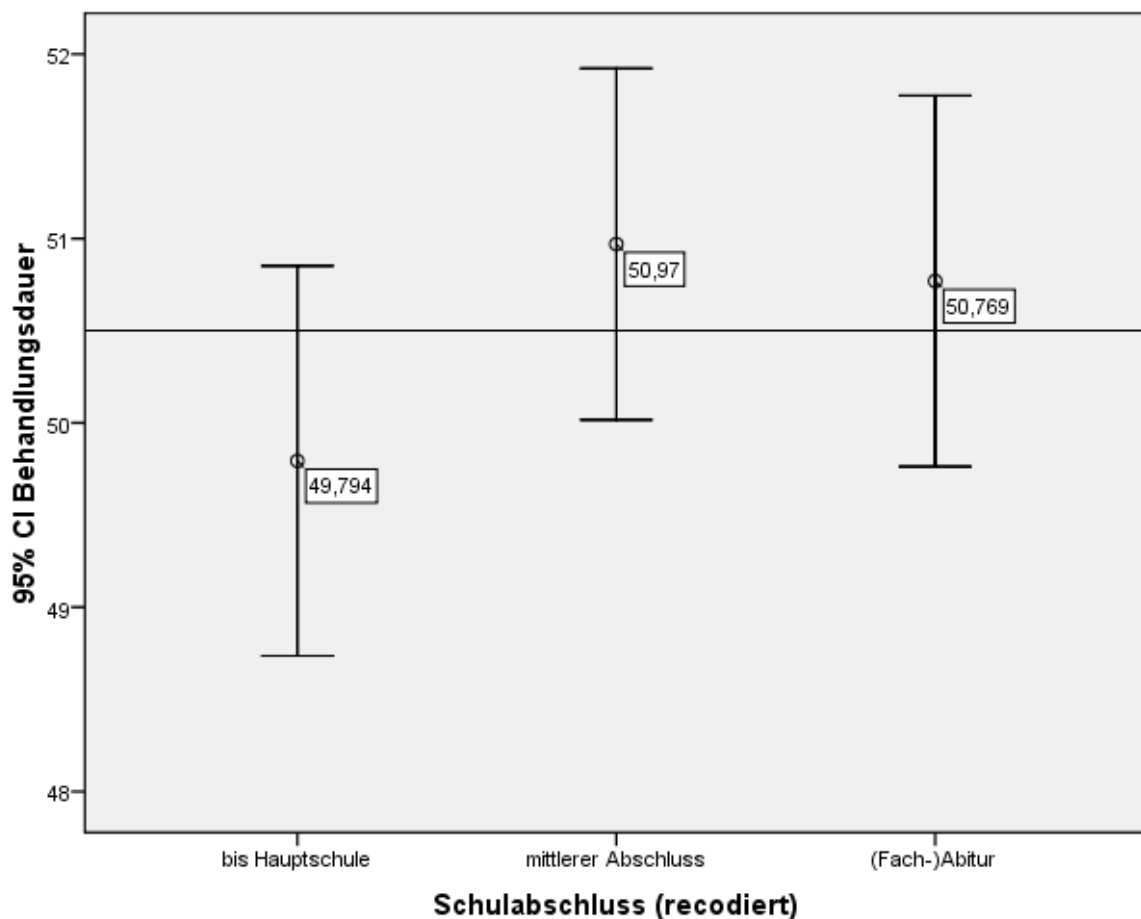
### 5.2.1.9 Schulabschluss

Keine nennenswerten Unterschiede in der Behandlungsdauer lässt sich bei Differenzierung nach Schulabschluss der Patienten erkennen (Chi-Quadrat = 3,177;  $p = 0,204$ ; siehe Tabelle 5.13).

**Tab. 5.13:** Schulabschluss und Behandlungsdauer

Schulabschluss	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Median
bis Hauptschule	752	49,79	14,774	49,00
mittlerer Abschluss	825	50,97	13,950	49,00
(Fach-)Abitur	898	50,77	15,364	50,00
Insgesamt	2475	50,54	14,728	49,00

**Abb. 5.10:** Schulabschluss und Behandlungsdauer





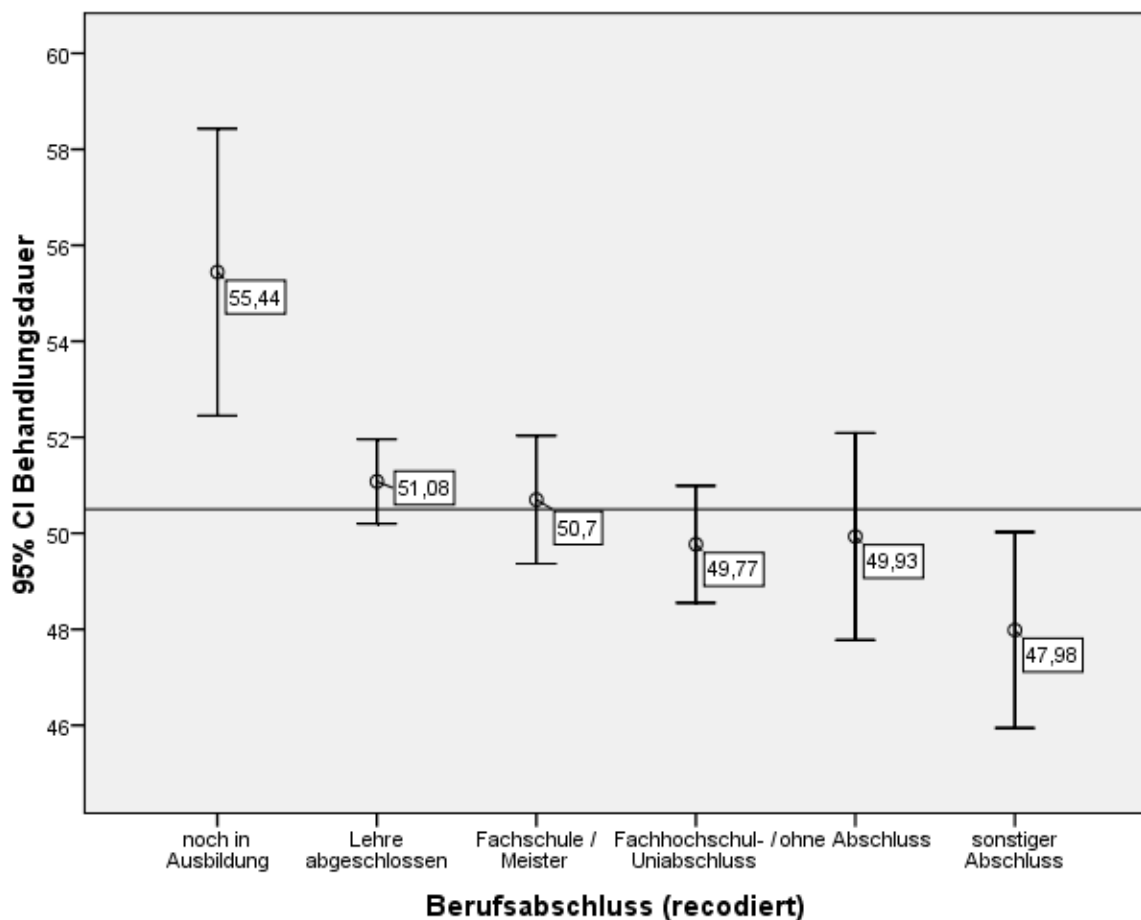
### 5.2.1.10 Berufsabschluss

Tabelle 5.14 zeigt, dass die mit Abstand längste Behandlungsdauer (55,4 Tage) in der Gruppe der noch in Ausbildung befindlichen Patienten zu finden ist, die kürzeste in der Gruppe der Patienten mit sonstigen bzw. unklaren Abschlüssen (48 Tage). Der K-W-Test weist dieses Ergebnis als signifikant aus (Chi-Quadrat = 28,1;  $p < 0,001$ ).

**Tab. 5.14:** Berufsabschluss und Behandlungsdauer

Berufsabschluss	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
noch in Ausbildung	120	55,44	16,547	56,00
Lehre abgeschlossen	1031	51,08	14,382	49,00
Fachschule / Meister	421	50,70	13,918	50,00
Fachhochschul- / Uniabschluss	594	49,77	15,144	49,00
ohne Abschluss	199	49,93	15,418	49,00
sonstiger Abschluss	186	47,98	14,122	48,00
Insgesamt	2551	50,60	14,710	49,00

**Abb. 5.11:** Berufsabschluss und Behandlungsdauer



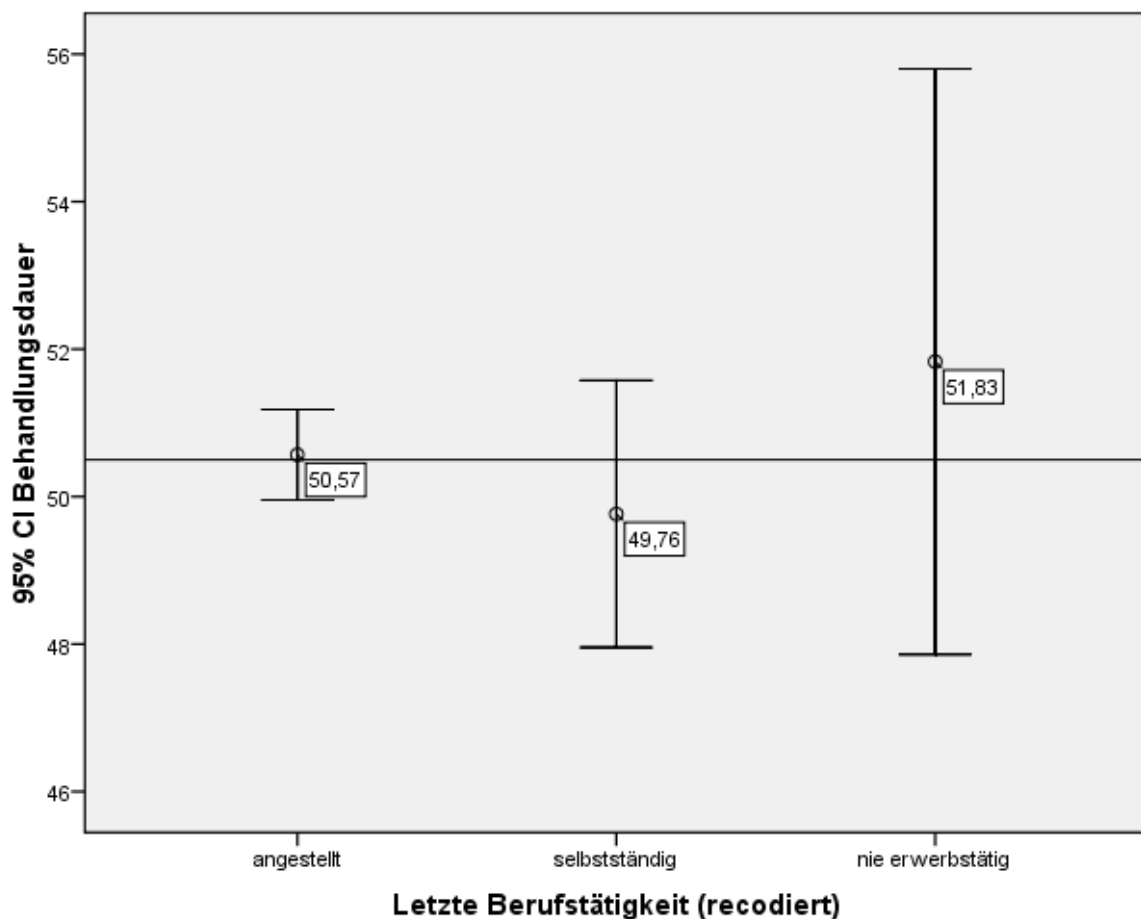
### 5.2.1.11 Letzte Berufstätigkeit

Ebenfalls keine nennenswerten Unterschiede in der Behandlungsdauer zeigt die Differenzierung nach der letzten Berufstätigkeit der Patienten (Chi-Quadrat = 2,444;  $p = 0,295$ ; siehe Tabelle 5.15).

**Tab. 5.15:** Letzte Berufstätigkeit und Behandlungsdauer

Berufstätigkeit	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Median
angestellt	2168	50,57	14,589	49,00
selbstständig	263	49,76	14,907	49,00
nie erwerbstätig	65	51,83	16,022	51,00
Insgesamt	2496	50,52	14,659	49,00

**Abb. 5.12:** Letzte Berufstätigkeit und Behandlungsdauer



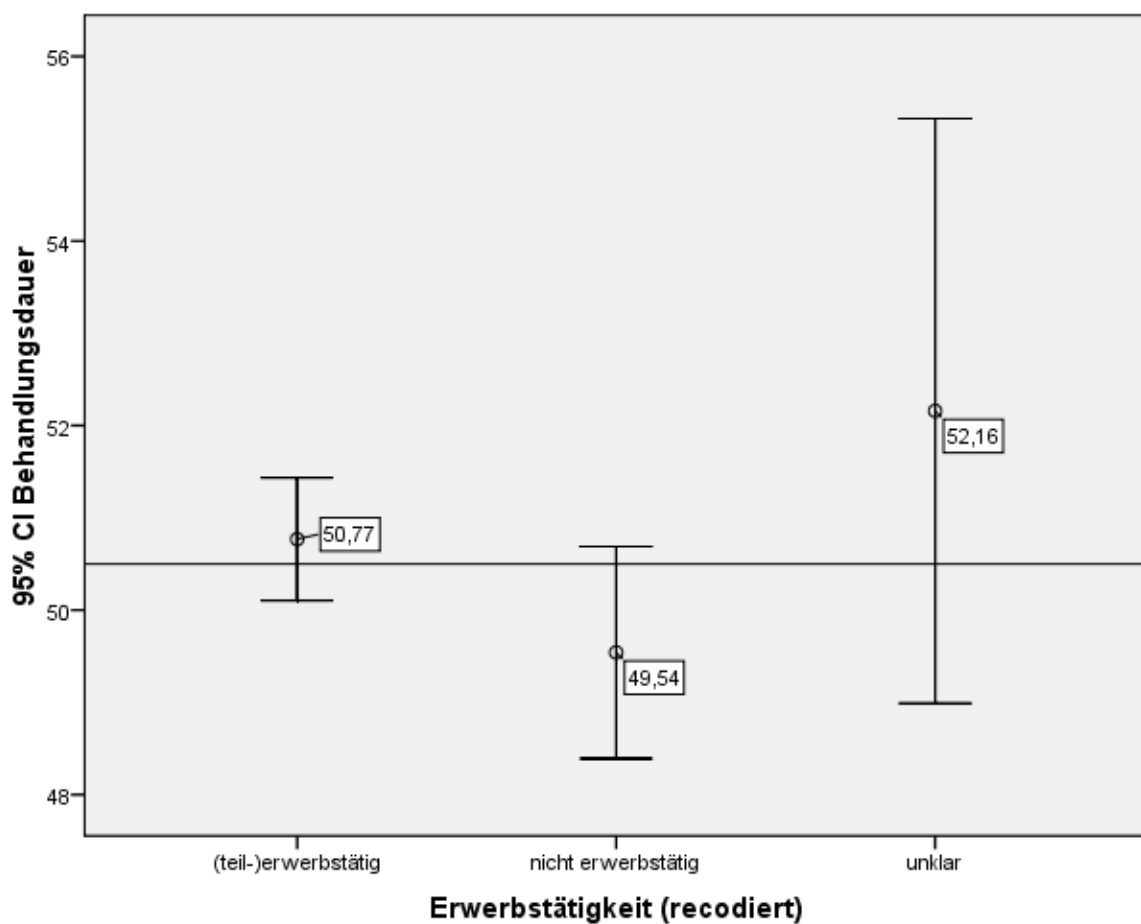
### 5.2.1.12 Erwerbssituation

Ohne praktische und statistische Bedeutung für die Behandlungsdauer scheint der Erwerbsstatus zu sein (Chi-Quadrat = 4,682;  $p = 0,096$ ). Teil- oder Vollzeit-Erwerbstätige unterscheiden sich kaum von nicht Erwerbstätigen (Rentner, Arbeitslose, Hausfrauen und -männer).

**Tab. 5.16:** Erwerbsstatus und Behandlungsdauer

Erwerbsstatus	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
(teil-)erwerbstätig	1687	50,77	13,931	49,00
nicht erwerbstätig	732	49,54	15,837	49,00
unklar	114	52,16	17,071	50,00
Insgesamt	2533	50,48	14,665	49,00

**Abb. 5.13:** Erwerbsstatus und Behandlungsdauer



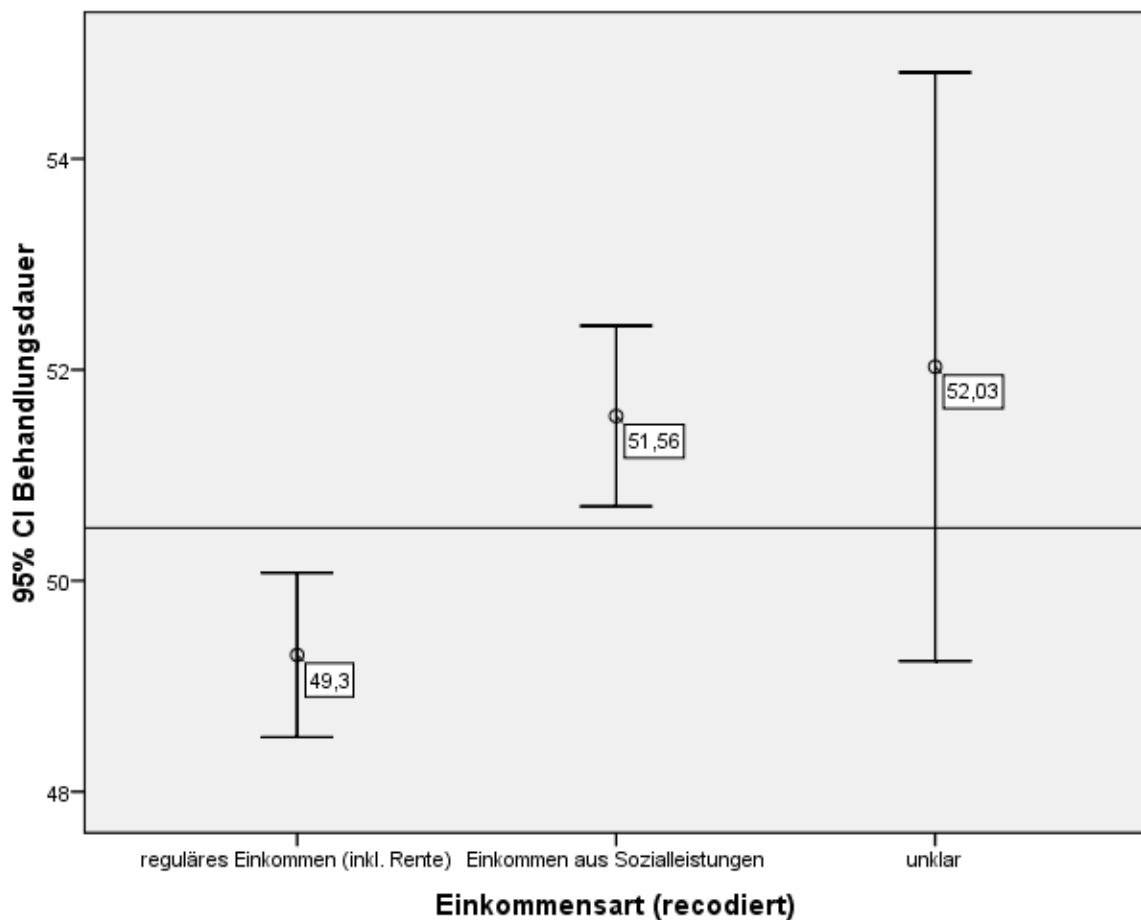
### 5.2.1.13 Art des Einkommens

Bei der Art des Einkommens lassen sich Unterschiede in der Behandlungsdauer feststellen. Patienten mit Einkommen aus Sozialleistungen und unklaren Einkommensverhältnissen weisen eine längere Behandlungsdauer auf als Patienten mit regulärem Einkommen (inkl. Rentenleistungen). Das Ergebnis ist im K-W-Test signifikant (Chi-Quadrat = 16,7;  $p < 0,001$ ).

**Tab. 5.17:** Einkommensart und Behandlungsdauer

Einkommen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
reguläres Einkommen (inkl. Rente)	1173	49,30	13,609	49,00
Einkommen aus Sozialleistungen	1244	51,56	15,397	50,00
unklar	138	52,03	16,575	51,50
Insgesamt	2555	50,55	14,712	49,00

**Abb. 5.14:** Einkommensart und Behandlungsdauer



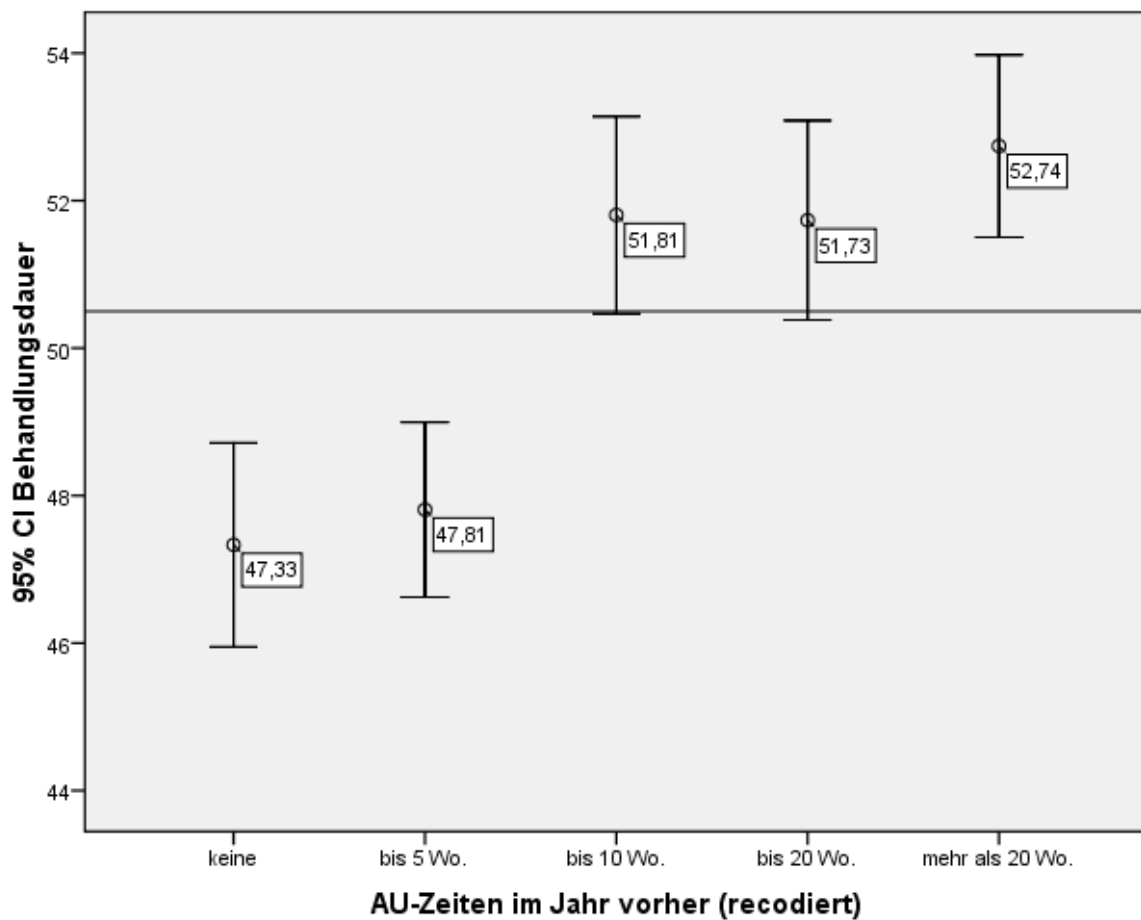
#### 5.2.1.14 AU-Zeiten im Jahr vor der stationären Behandlung

Auch für die AU-Zeit in den 12 Monaten vor Aufnahme lassen sich signifikante Unterschiede feststellen (K-W-Test, Chi-Quadrat = 56,2;  $p < 0,001$ ). Längere AU-Zeiten gehen mit tendenziell längeren Behandlungsdauern einher, wie Tabelle 5.18 und Abbildung 5.15 zeigen.

**Tab. 5.18:** AU-Zeiten und Behandlungsdauer

AU-Zeiten 12 Monate vor Aufnahme	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
keine	401	47,33	14,087	47,00
bis 5 Wochen	415	47,81	12,281	49,00
bis 10 Wochen	411	51,81	13,799	50,00
bis 20 Wochen	477	51,73	15,035	50,00
mehr als 20 Wochen	589	52,74	15,287	53,00
Insgesamt	2293	50,53	14,416	49,00

**Abb. 5.15:** AU-Zeiten und Behandlungsdauer



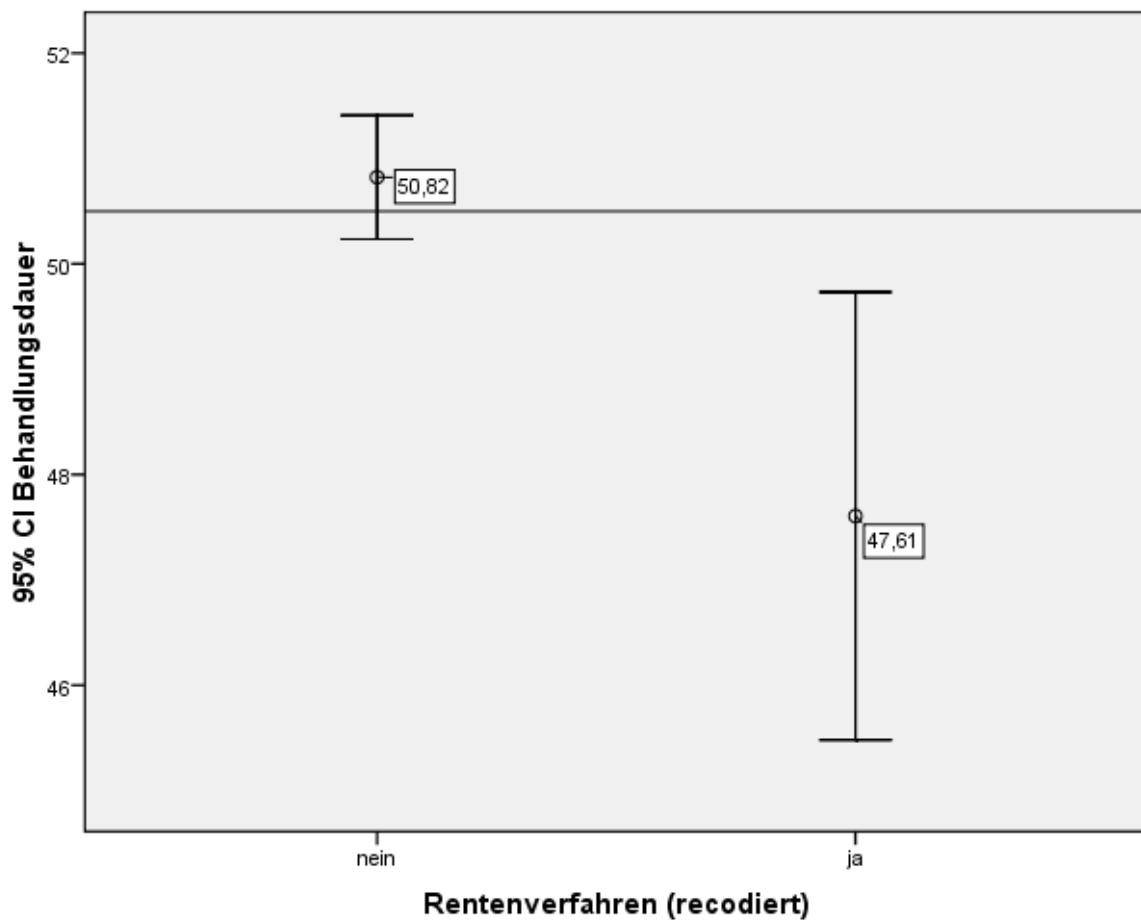
### 5.2.1.15 Rentenverfahren

Kaum Einfluss auf die Behandlungsdauer hat ein geplantes oder laufendes Rentenverfahren (Rentenantrag oder -absicht nach Patientenangabe) in der bivariaten Betrachtung. Patienten, die ein solches Verfahren verneinen, sind mit 50,8 Tagen etwa drei Tage länger in stationärer Behandlung als solche, die angeben, ein Rentenverfahren geplant oder beantragt zu haben. Der K-S-Test fällt auf dem nicht adjustierten 5%-Niveau zwar signifikant aus ( $Z = 1,53$ ;  $p = 0,019$ ), muss aber nach Adjustierung der p-Werte als nicht signifikant gewertet werden.

**Tab. 5.19:** Rentenantrag und Behandlungsdauer

Rentenverfahren	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
nein	2365	50,82	14,592	49,00
ja (geplant, gestellt, strittig)	208	47,61	15,548	48,00
Insgesamt	2573	50,56	14,695	49,00

**Abb. 5.16:** Rentenverfahren und Behandlungsdauer



## 5.2.2 Krankheitsbezogene Merkmale

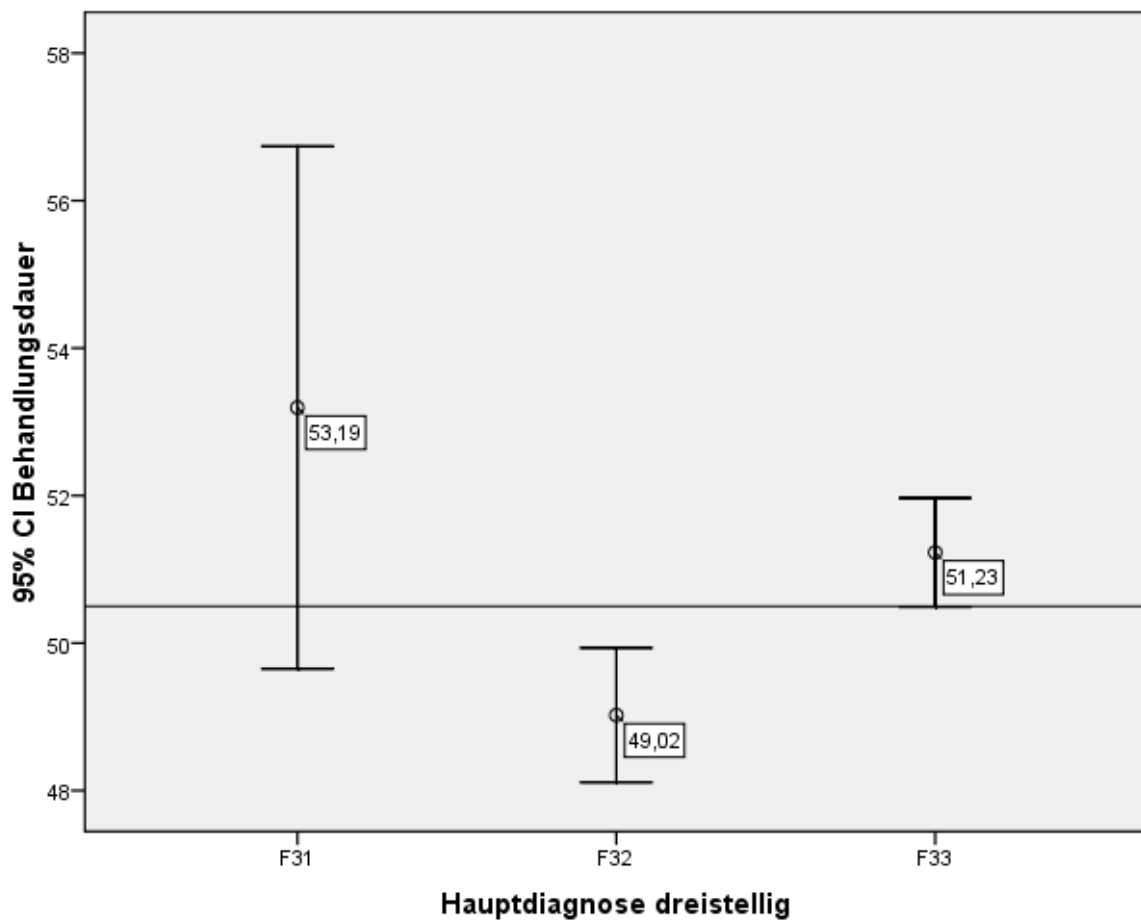
### 5.2.2.1 Hauptdiagnose

Während Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung (F31) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) längere Behandlungsdauern aufweisen, werden Patienten mit (erstmaligen) depressiven Episoden (F32) nach durchschnittlich 49 Tagen entlassen. Der K-W-Test weist dies Ergebnis als signifikant aus (Chi-Quadrat = 14,181;  $p = 0,001$ ).

**Tab. 5.20:** Hauptdiagnose und Behandlungsdauer

Hauptdiagnose vierstellig	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
F31	72	53,19	15,082	56,00
F32	915	49,02	14,067	49,00
F33	1594	51,23	15,038	50,00
Insgesamt	2581	50,50	14,741	49,00

**Abb. 5.17:** Hauptdiagnose und Behandlungsdauer



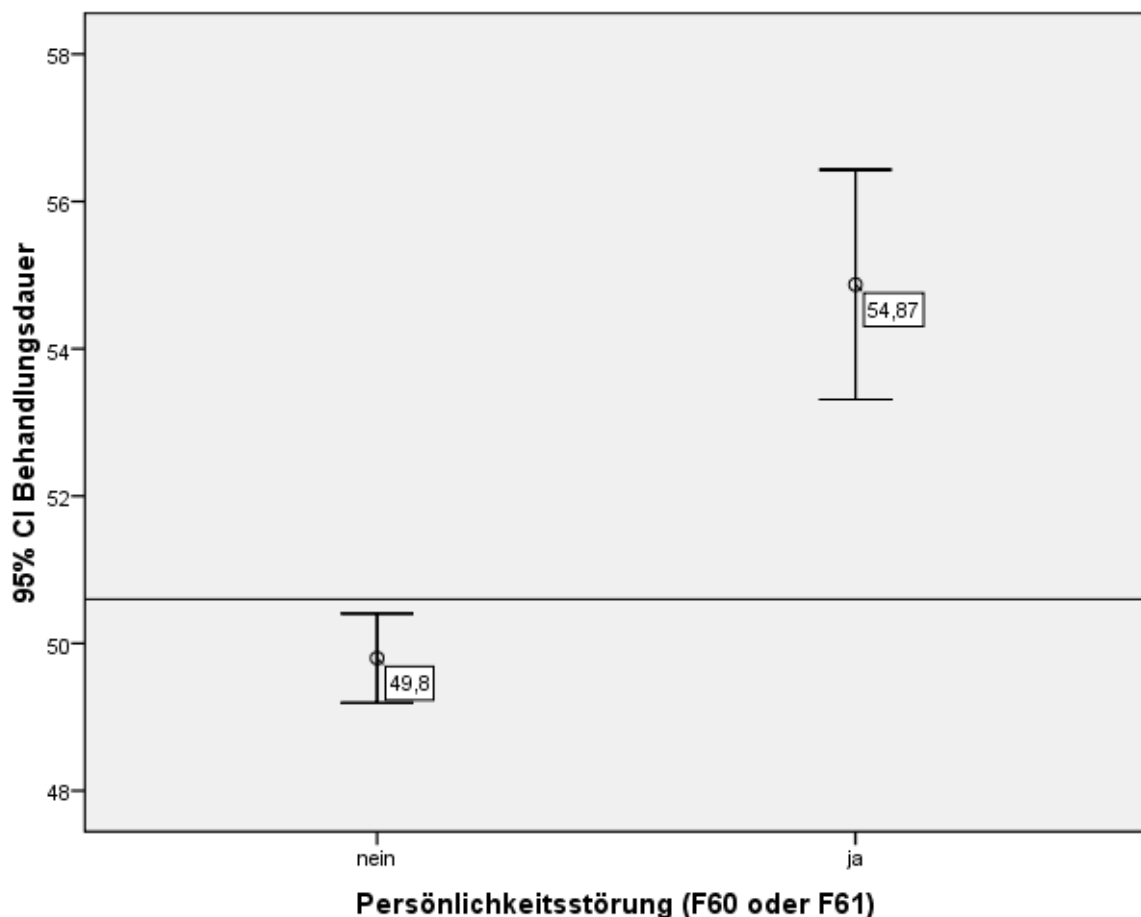
### 5.2.2.2 Persönlichkeitsstörung als Komorbidität

Von besonderem Interesse ist die Frage, ob eine neben der depressiven Haupterkrankung bestehende Persönlichkeitsstörung (F60/F61) einen verlängernden Einfluss auf die Behandlungsdauer hat. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Vermutung: Patienten, bei denen eine psychische Nebendiagnose F60 oder F61 dokumentiert war, weisen mit 54,9 Tagen eine um fünf Tage längere Behandlungsdauer auf als depressive Patienten ohne Persönlichkeitsstörung. Im K-S-Test wird dieser Unterschied signifikant ( $Z = 3,153$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tab. 5.21:** Persönlichkeitsstörung und Behandlungsdauer

Persönlichkeitsstörung (F60/F61)	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
nein	2224	49,80	14,583	49,00
ja	357	54,87	14,985	56,00
Insgesamt	2581	50,50	14,741	49,00

**Abb. 5.18:** Persönlichkeitsstörung und Behandlungsdauer





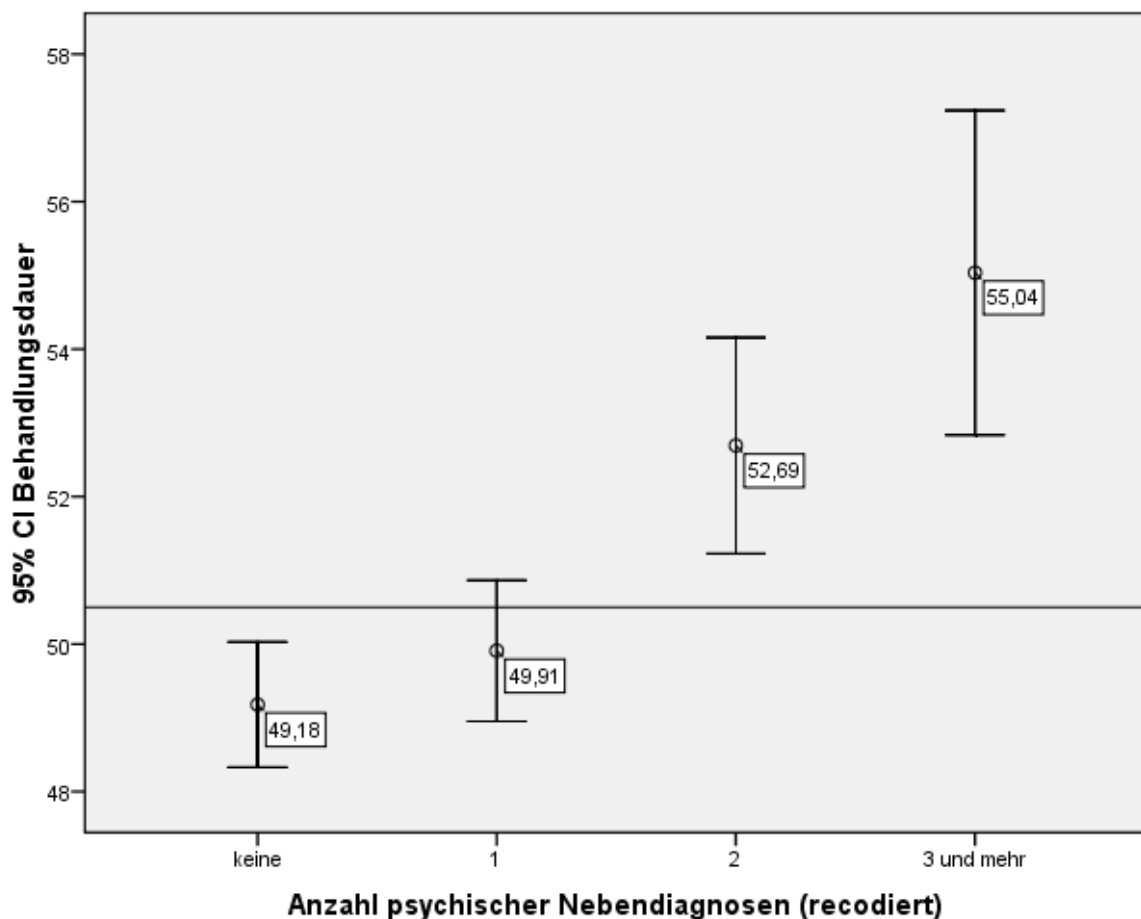
### 5.2.2.3 Anzahl psychischer Nebendiagnosen

Ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Behandlungsdauer hat die Anzahl weiterer psychischer Diagnosen, wie in Tab. 5.22 dargestellt (K-W-Test, Chi-Quadrat = 38,695;  $p < 0,001$ ).

**Tab. 5.22:** Psychische Nebendiagnosen und Behandlungsdauer

Anzahl psychischer Nebendiagnosen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
keine	1061	49,18	14,089	49,00
eine	875	49,91	14,413	49,00
zwei	429	52,69	15,447	52,00
drei und mehr	216	55,04	16,406	56,00
Insgesamt	2581	50,50	14,741	49,00

**Abb. 5.19:** Psychische Nebendiagnosen und Behandlungsdauer



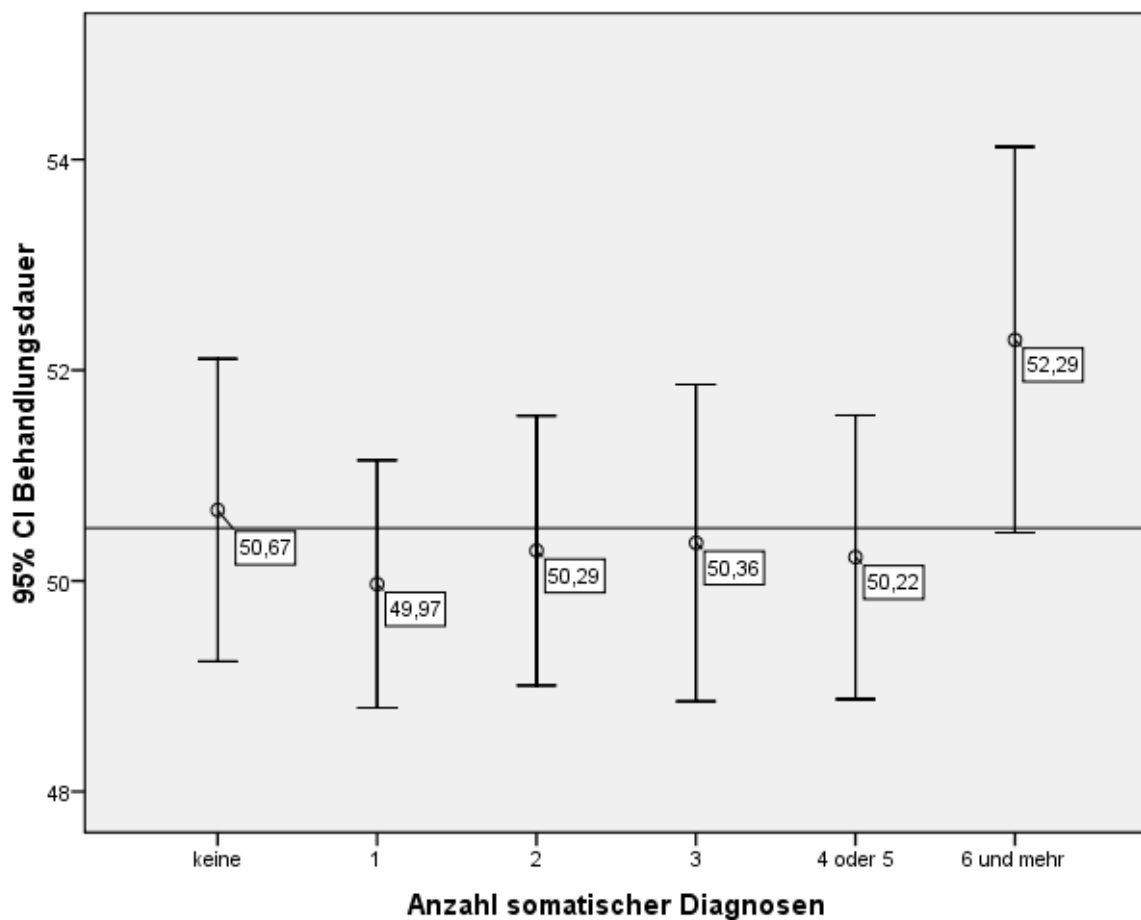
#### 5.2.2.4 Somatische Nebendiagnosen

Keinen Einfluss auf die Behandlungsdauer hat dagegen die Anzahl somatischer Nebendiagnosen (Tab. 5.23, Chi-Quadrat = 4,622;  $p = 0,464$ ).

**Tab. 5.23:** Somatische Nebendiagnosen und Behandlungsdauer

Anzahl somatischer Nebendiagnosen	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
keine	457	50,67	15,630	50,00
eine	494	49,97	13,291	49,00
zwei	499	50,29	14,556	49,00
drei	388	50,36	15,062	49,50
vier oder fünf	476	50,22	14,956	49,00
sechs und mehr	267	52,29	15,205	50,00
Insgesamt	2581	50,50	14,741	49,00

**Abb. 5.20:** Somatische Nebendiagnosen und Behandlungsdauer



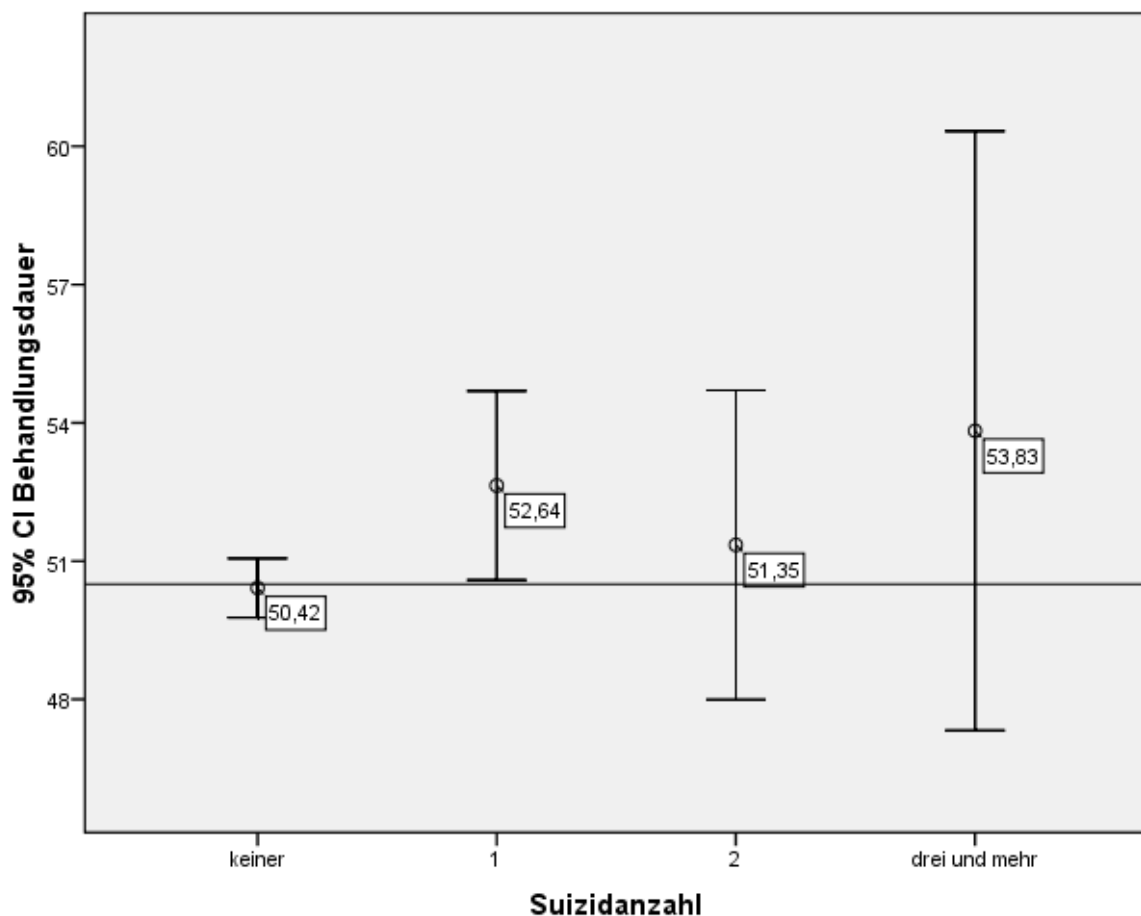
### 5.2.2.5 Suizidversuche

Ohne signifikanten Einfluss auf die Behandlungsdauer (K-W-Test, Chi Quadrat = 7,406;  $p = 0,060$ ) bleibt auch die Variable Anzahl der Suizidversuche, wie Tabelle 5.24 zeigt.

**Tab. 5.24:** Suizidversuche und Behandlungsdauer

Anzahl Suizidversuche	N	Mittelwert	Standard- abweichung	Median
keiner	1959	50,42	14,515	49,00
einer	233	52,64	15,896	54,00
zwei	77	51,35	14,800	50,00
drei und mehr	29	53,83	17,090	55,00
Insgesamt	2298	50,72	14,714	49,00

**Abb. 5.21:** Suizidversuche und Behandlungsdauer



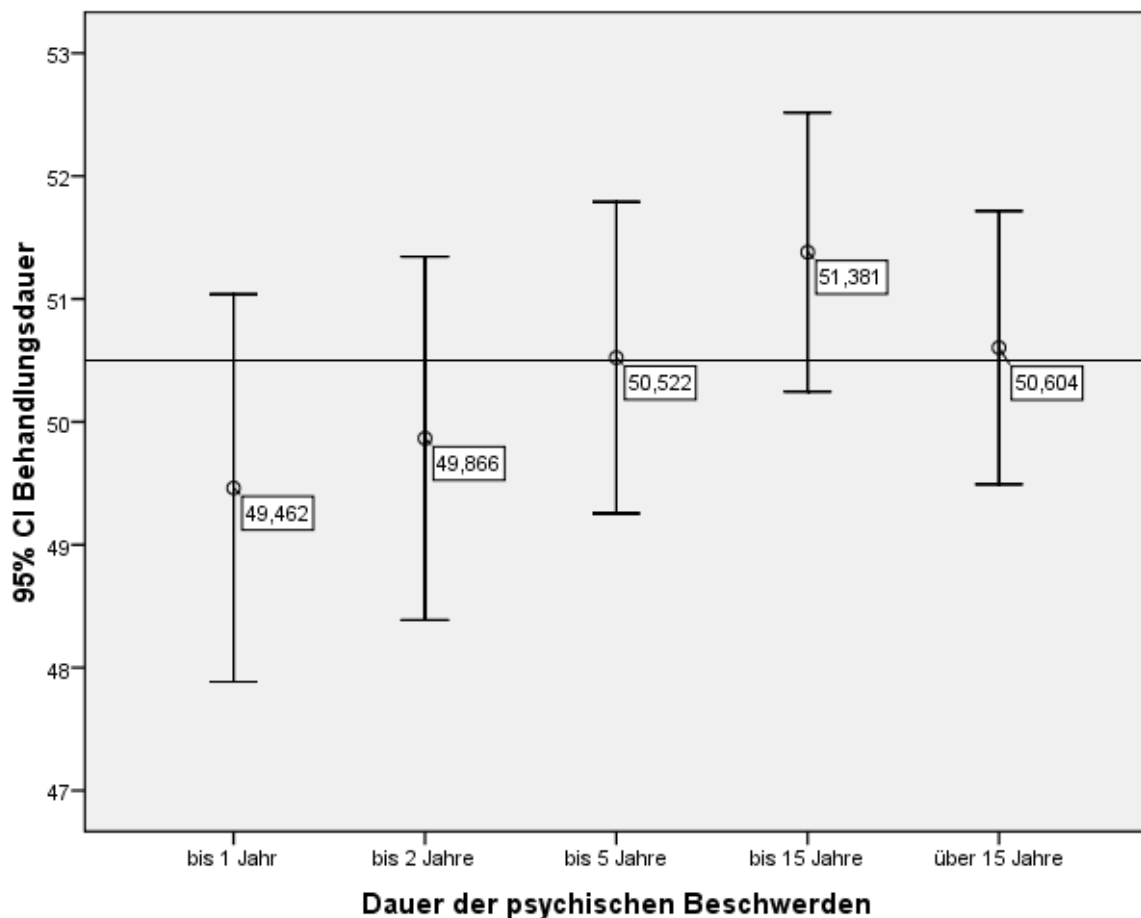
### 5.2.2.6 Gesamtdauer der psychischen Beschwerden

Von zentraler Bedeutung für die Einschätzung der Chronizität ist die (nicht auf die Hauptdiagnose beschränkte) Gesamtdauer der psychischen Beschwerden. Ein Zusammenhang mit der Behandlungsdauer ließ sich jedoch nicht nachweisen (K-W-Test, Chi-Quadrat = 5,737;  $p = 0,220$ ), wie auch Tabelle 5.25 zeigt.

**Tab. 5.25:** Gesamtdauer der psychischen Beschwerden und Behandlungsdauer

Gesamtdauer der psychischen Beschwerden	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
bis 1 Jahr	325	49,46	14,446	49,00
bis 2 Jahre	343	49,87	13,913	49,00
bis 5 Jahre	498	50,52	14,396	49,00
bis 15 Jahre	645	51,38	14,679	50,00
über 15 Jahre	750	50,60	15,520	49,00
Insgesamt	2561	50,54	14,750	49,00

**Abb. 5.22:** Gesamtdauer der psychischen Beschwerden und Behandlungsdauer



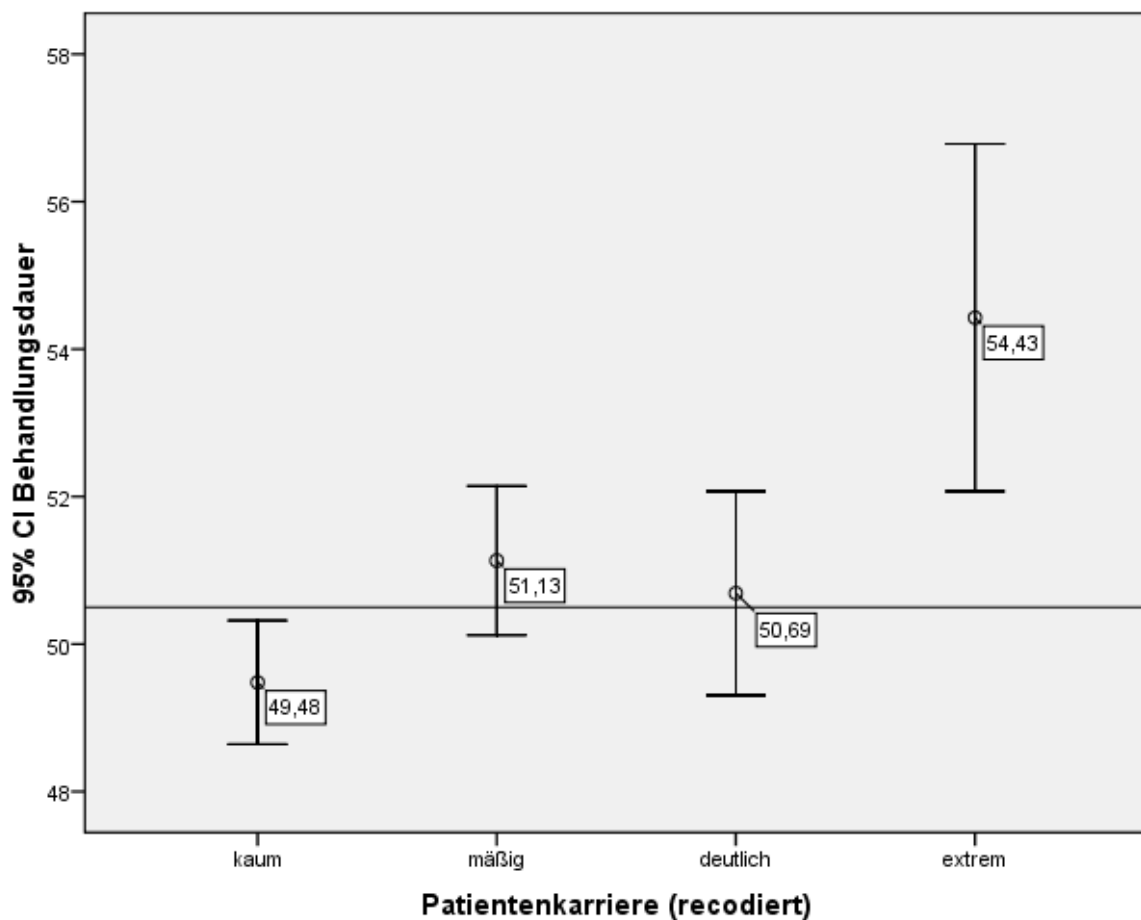
### 5.2.2.7 Vorbehandlungen/Patientenkarriere

Der aus Anzahl und Dauer stationärer, teilstationärer und ambulanter Vorbehandlungen gebildete Index „Patientenkarriere“ weist einen Zusammenhang mit der Behandlungsdauer auf. Patienten mit einer ausgeprägten Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wegen psychischer Beschwerden haben eine um fünf Tage längere Behandlungsdauer als Patienten, die kaum Vorbehandlungen aufweisen (K-W-Test, Chi-Quadrat = 16,345;  $p = 0,001$ ).

**Tabelle 5.26:** Patientenkarriere und Behandlungsdauer

Patientenkarriere (Vorbehandlungen)	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
kaum	1047	49,48	13,823	49,00
mäßig	768	51,13	14,284	50,00
deutlich	479	50,69	15,404	49,00
extrem	218	54,43	17,653	55,00
Insgesamt	2512	50,64	14,694	49,00

**Abb. 5.23:** Patientenkarriere und Behandlungsdauer



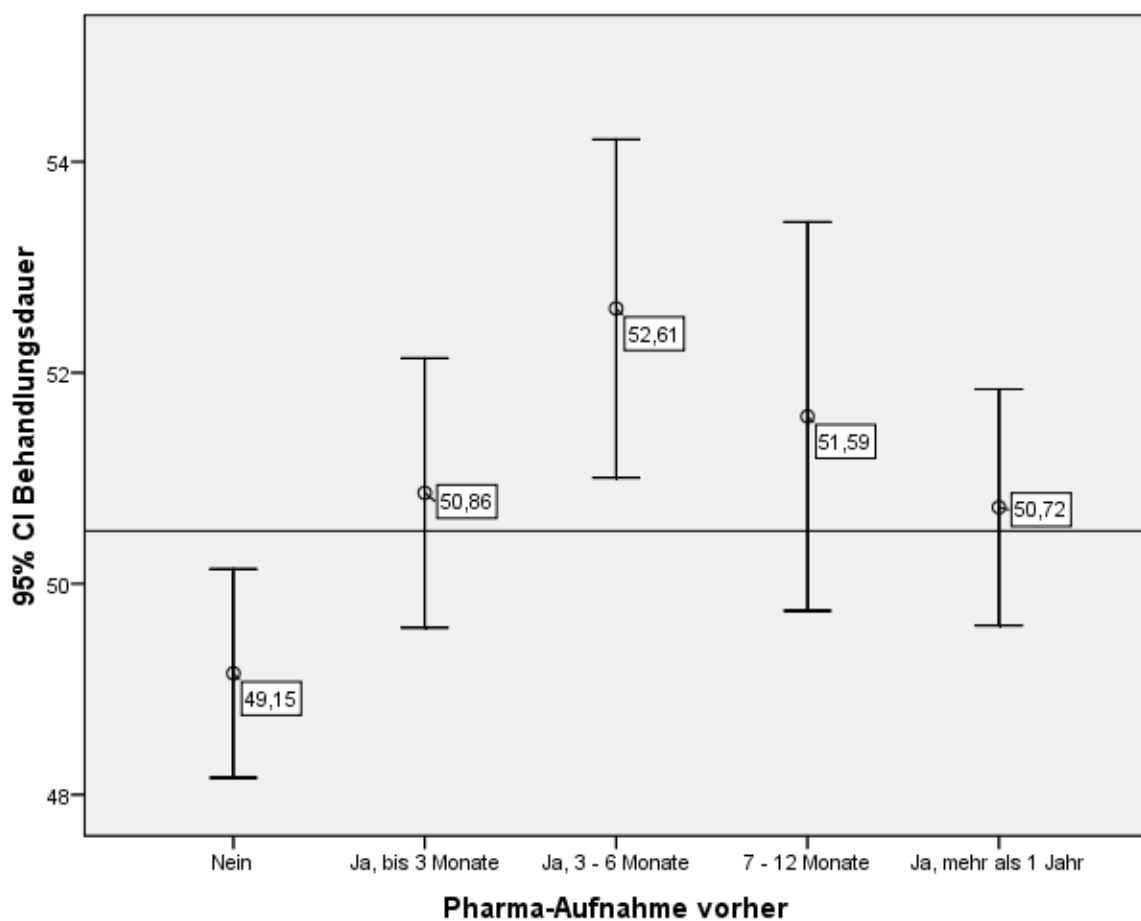
### 5.2.2.8 Medikation vor Aufnahme

Unterschiede in ähnlicher Größenordnung lassen sich für die Aufnahme von Psychopharmaka feststellen, wobei aber kein linearer Zusammenhang zu bestehen scheint, sondern vielmehr die Randgruppen (keine Psychopharmaka, mehr als ein Jahr Behandlung mit Psychopharmaka) die vergleichsweise geringsten Behandlungsdauern aufweisen (Tabelle 5.27). Der K-W-Test liefert dazu einen Chi-Quadrat-Wert von 19,246 und einen p-Wert von 0,001.

**Tab. 5.27:** Vorbehandlung mit Psychopharmaka und Behandlungsdauer

Vorbehandlung mit Psychopharmaka	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
nein	796	49,15	14,211	49,00
ja, bis 3 Monate	497	50,86	14,479	49,00
ja, 3 - 6 Monate	294	52,61	13,963	52,50
ja, 7 – 12 Monate	249	51,59	14,759	50,00
ja, mehr als 1 Jahr	737	50,72	15,488	49,00
Insgesamt	2573	50,56	14,695	49,00

**Abb. 5.24:** Vorbehandlung mit Psychopharmaka und Behandlungsdauer



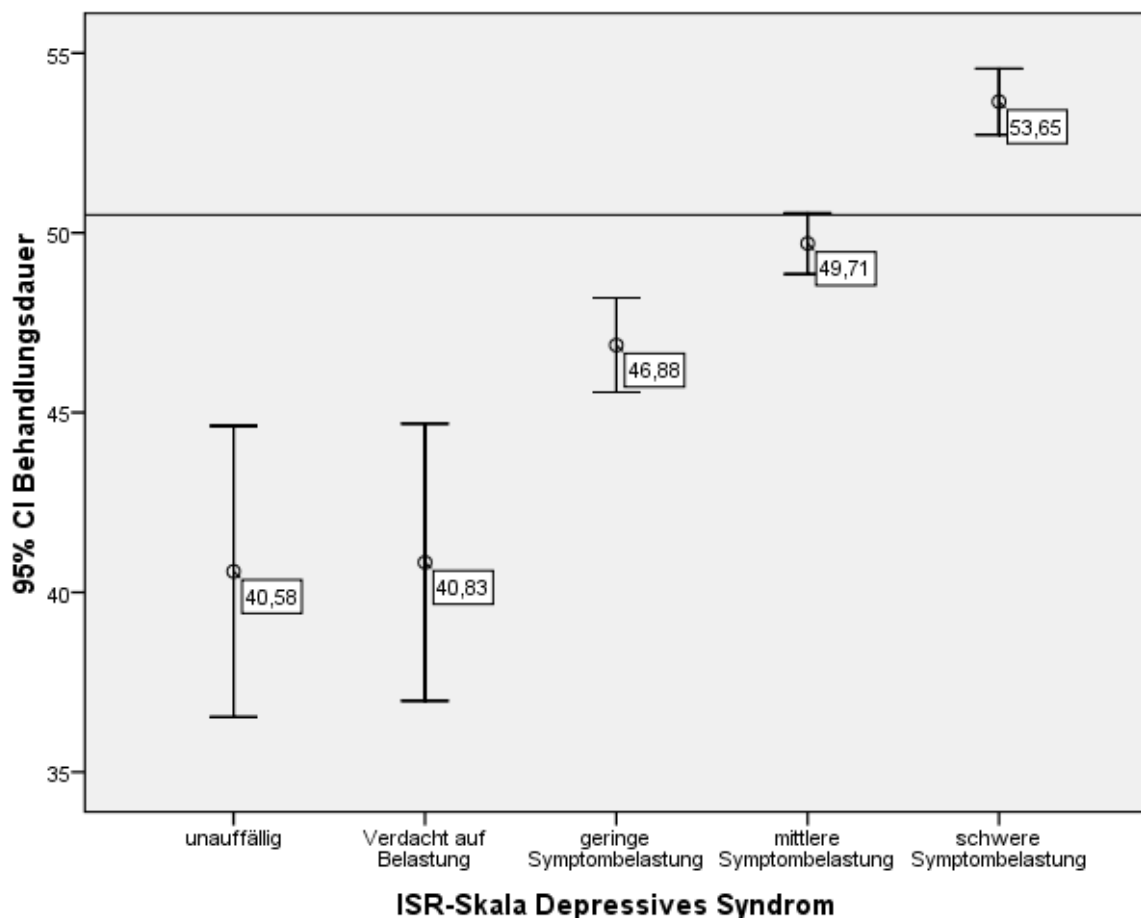
### 5.2.2.9 Symptombelastung Depression

Als Indikator für den Schweregrad kann die Symptombelastung betrachtet werden. Die ISR-Skala „Depressives Syndrom“ zeigt ein signifikantes Ergebnis (K-W-Test, Chi-Quadrat = 115,777;  $p < 0,001$ ). Die Behandlungsdauer steigt deutlich mit zunehmender Symptombelastung. Patienten mit schwerer Symptombelastung sind mit 53,7 Tagen wesentlich länger in stationärer Behandlung als unauffällige Patienten (40,6 Tage, siehe Tabelle 5.28).

**Tab. 5.28:** ISR-Skala „Depressives Syndrom“ und Behandlungsdauer

ISR-Skala Depressives Syndrom	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
unauffällig	55	40,58	14,975	42,00
Verdacht auf Belastung	42	40,83	12,374	42,00
geringe Symptombelastung	411	46,88	13,537	47,00
mittlere Symptombelastung	988	49,71	13,591	49,00
schwere Symptombelastung	1074	53,65	15,362	55,00
Insgesamt	2570	50,56	14,699	49,00

**Abb. 5.25:** ISR-Skala „Depressives Syndrom“ und Behandlungsdauer



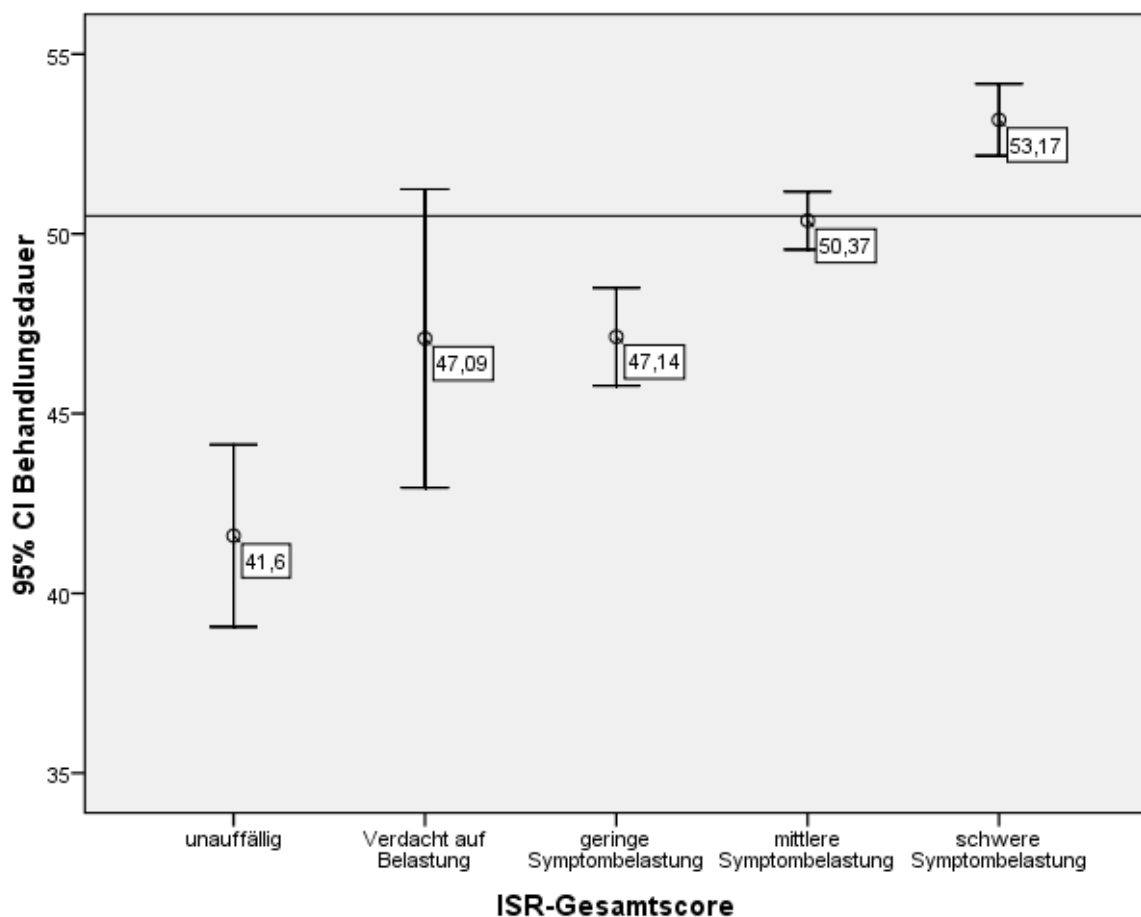
### 5.2.2.10 Symptombelastung insgesamt (ISR-Gesamtscore)

Ebenfalls ein fast linearer Zusammenhang zeigt sich zwischen dem ISR-Gesamtscore und der Behandlungsdauer (K-W-Test, Chi-Quadrat = 115,77;  $0 < 0,001$ ), wie Tabelle 5.29 zeigt.

**Tab. 5.29:** ISR-Gesamtscore und Behandlungsdauer

ISR-Gesamtscore	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
unauffällig	118	41,60	13,879	42,00
Verdacht auf Belastung	55	47,09	15,363	44,00
geringe Symptombelastung	275	47,14	11,479	48,00
mittlere Symptombelastung	1195	50,37	14,215	49,00
schwere Symptombelastung	927	53,17	15,508	54,00
Insgesamt	2570	50,56	14,699	49,00

**Abb. 5.26:** ISR-Gesamtscore und Behandlungsdauer





### 5.2.3 Weitere Variablen

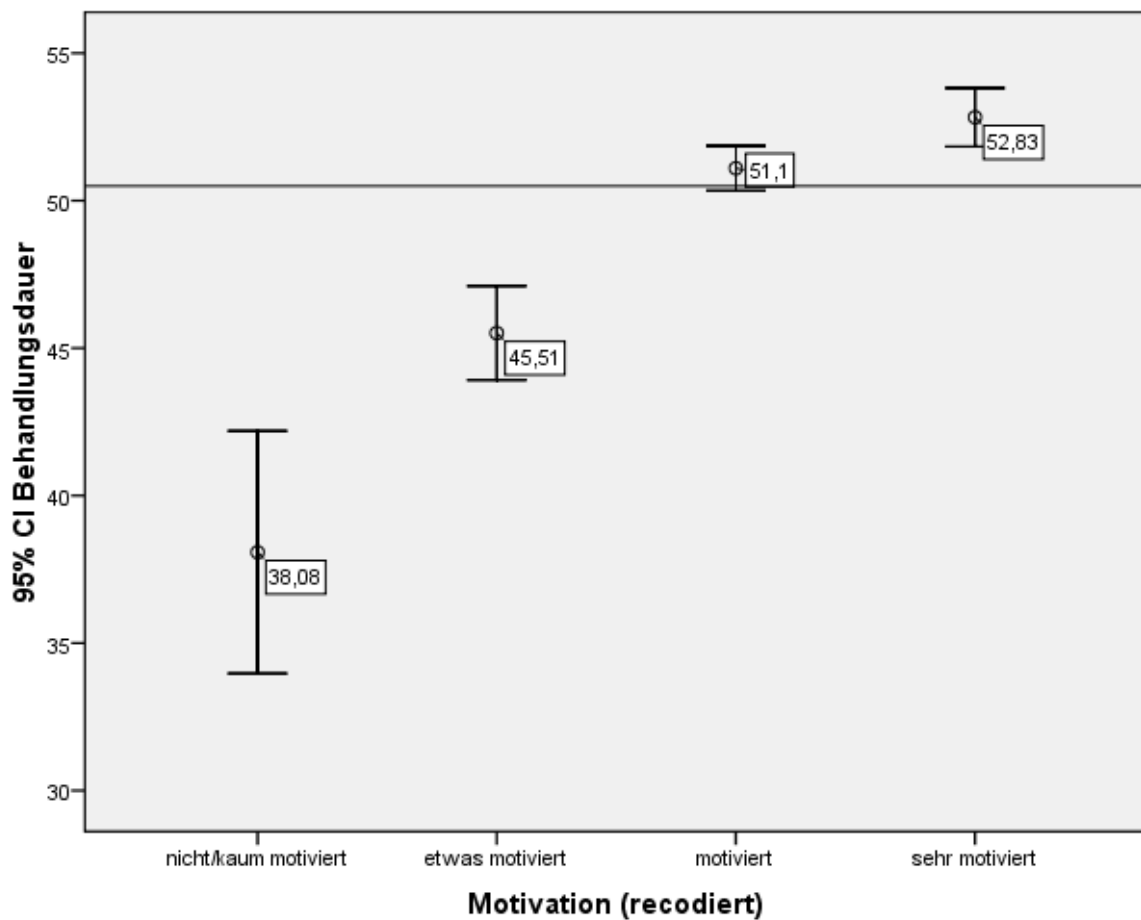
#### 5.2.3.1 Motivation

Nicht unerwartet zeigte sich, dass die Behandlungsdauer mit zunehmender Motivation (durch den Therapeuten beurteilt) steigt (K-W-Test, Chi-Quadrat = 94,284;  $p < 0,001$ ). „Sehr motivierte“ Patienten weisen eine um zwei Wochen längere Behandlungsdauer auf.

**Tab. 5.30:** Motivation und Behandlungsdauer

Motivation	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
nicht/kaum motiviert	74	38,08	17,737	37,50
etwas motiviert	354	45,51	15,259	47,00
motiviert	1250	51,10	13,692	50,00
sehr motiviert	842	52,83	14,675	51,00
Insgesamt	2520	50,51	14,718	49,00

**Abb. 5.27:** Motivation und Behandlungsdauer



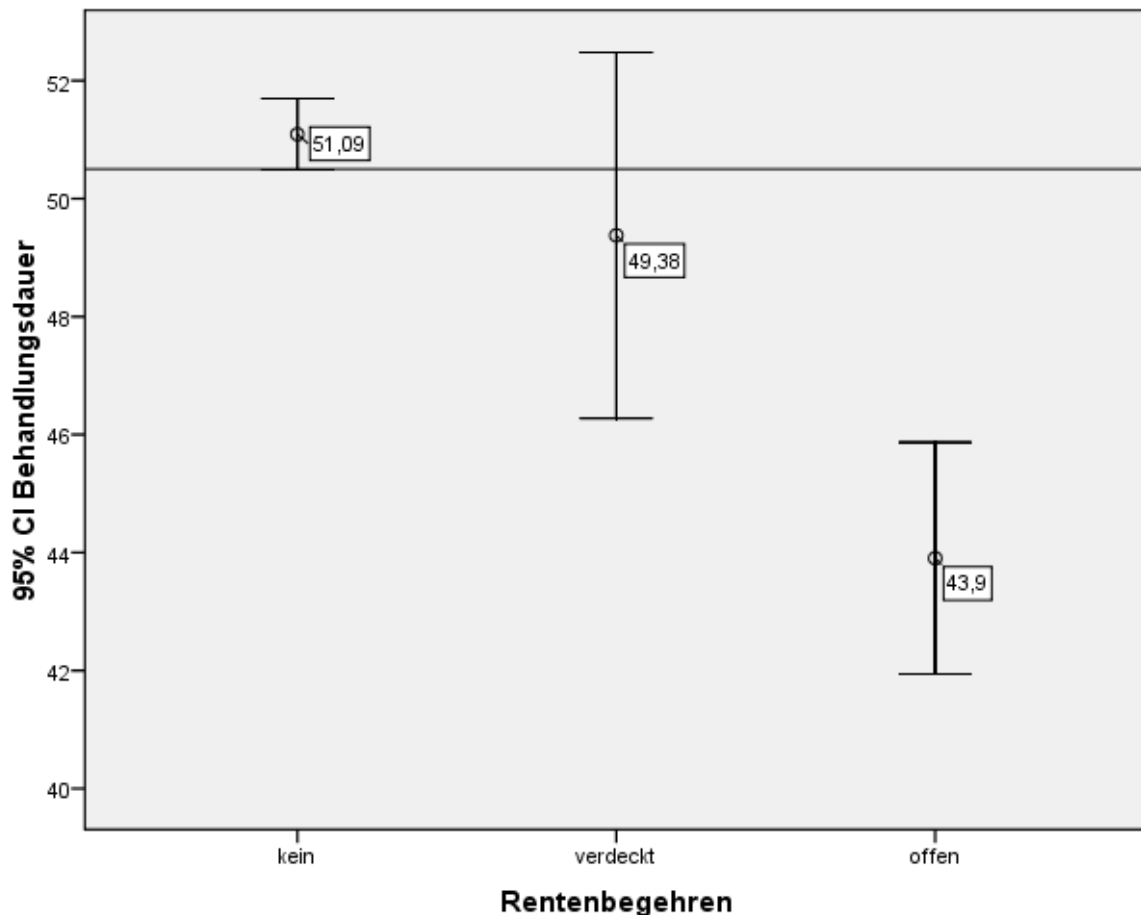
### 5.2.3.2 Rentenbegehren aus Therapeutensicht

Wichtiger als die Angabe eines geplanten oder beantragten Rentenverfahrens durch den Patienten (siehe oben) scheint die Einschätzung des Rentenbegehrens durch den Therapeuten zu sein. Patienten mit einem offenen Rentenbegehren haben mit 43,9 Tagen eine deutlich kürzere Behandlungsdauer als Patienten mit einem verdeckten oder ohne Rentenbegehren (K-W-Test, Chi-Quadrat = 6,879;  $p = 0,009$ ). Nach Adjustierung des Signifikanzniveaus muss der zunächst auffällige Unterschied als nicht signifikant gewertet werden.

**Tab. 5.31:** Rentenbegehren und Behandlungsdauer

Rentenbegehren	N	Mittelwert	Standardabweichung	Median
keins	2290	51,09	14,727	50,00
verdeckt	90	49,38	14,803	49,00
offen	178	43,90	13,278	43,00
Insgesamt	2558	50,53	14,744	49,00

**Abb. 5.28:** Rentenbegehren und Behandlungsdauer



## 5.2.4 Übersicht der bivariaten Analyse

Insgesamt wurden 27 Variablen bivariat mittels Kolmogorov-Smirnov-Test oder Kruskal-Wallis-Test auf ihren Einfluss auf die Behandlungsdauer analysiert (siehe Tabellen 5.5 bis 5.31). Dem Problem des multiplen Testens wurde durch eine Adjustierung des Signifikanzniveaus mit dem Bonferroni-Holm-Verfahren begegnet. Dabei werden alle p-Werte der Größe nach sortiert und anschließend mit wachsenden Schranken verglichen. Die kleinste Schranke ist das alpha-Niveau geteilt durch die Anzahl der Hypothesen, hier also 5% geteilt durch  $27 = 0,0019$  (gerundet 0,002). Die Schranke für den nächsten p-Wert ist dann das lokale Niveau geteilt durch die Anzahl der Hypothesen minus 1, die darauf folgende das Niveau geteilt durch die Anzahl der Hypothesen minus 2 und so weiter (Victor et al. 2010).

Ein relevanter Unterschied in der Behandlungsdauer wird im Folgenden angenommen, wenn das adjustierte Signifikanzniveau eingehalten wird. Tabelle 5.32 stellt die Ergebnisse der bivariaten Analyse nach Adjustierung des Signifikanzniveaus dar.

Von ursprünglich – vor Adjustierung – 18 signifikanten Unterschieden zwischen Teilpopulationen in der Behandlungsdauer verblieben nach Adjustierung des Signifikanzniveaus noch 15, alle mit einem p-Wert von maximal 0,001. Drei zunächst auf dem 5%-Niveau signifikante Ergebnisse (Rentenbegehren und -verfahren sowie sprachliche/kulturelle Barrieren) mussten nach Adjustierung des Signifikanzniveaus wegen multiplen Testens (Bonferroni-Holm-Verfahren) letztlich als nicht signifikant gewertet werden. Für die übrigen zwölf Einzelergebnisse war bereits vor der Adjustierung keine Signifikanz zu verzeichnen ( $p > 0,05$ ).

**Tab.5.32:** Adjustierung der p-Werte und Auswahl der Variablen für die multivariate Analyse

Variable	p-Wert Testver- fahren*	adjustiertes Signifikanz- Niveau**	adjustiertes Niveau eingehal- ten?
ISR: Depressives Syndrom	< 0,001	0,002	ja
Motivation	< 0,001	0,002	ja
Altersgruppen	< 0,001	0,002	ja
ISR-Gesamtscore	< 0,001	0,002	ja
AU-Zeiten im Jahr vorher	< 0,001	0,002	ja
Familienstand	< 0,001	0,002	ja
Anzahl psychischer Nebendiagnosen	< 0,001	0,002	ja
Persönlichkeitsstörung (F60/F61)	< 0,001	0,003	ja
Partnersituation	< 0,001	0,003	ja
Berufsabschluss	< 0,001	0,003	ja
Einkommensart	< 0,001	0,003	ja
Patientenkarriere (Index)	0,001	0,003	ja
Hauptdiagnose	0,001	0,003	ja
Psychopharmaka vorher	0,001	0,004	ja
Kinder (ja/nein)	0,001	0,004	ja
Rentenbegehren	0,009	0,004	nein
kulturelle/sprachliche Barrieren	0,010	0,005	nein
Rentenverfahren	0,019	0,005	nein
Suizidversuche	0,060	0,006	nein
Geschlecht	0,095	0,006	nein
Erwerbsstatus	0,096	0,007	nein
Haushalt/Lebenssituation	0,099	0,008	nein
Schulabschluss	0,204	0,010	nein
Dauer der psychischen Beschwerden	0,220	0,013	nein
letzte Berufstätigkeit	0,295	0,017	nein
Nation	0,388	0,025	nein
Anzahl somatischer Diagnosen	0,464	0,050	nein

\* Kolmogorov-Smirnov oder Kruskal-Wallis-Test.

\*\* Bonferroni-Holm-Verfahren, siehe Kap. 4.5.1

### 5.3 Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse

Zur ergänzenden multivariaten Analyse der Daten wurde eine mehrfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Dabei wurden nur Fälle berücksichtigt, die bei allen in das Modell aufgenommenen Variablen vollständige Datensätze aufwiesen. Damit verblieben 2184 Fälle für die multivariate Analyse. 397 Fälle wiesen bei mindestens einer der 15 eingeschlossenen unabhängigen Variablen einen fehlenden Wert auf und wurden ausgeschlossen.

Der Levene-Test auf Varianzhomogenität zwischen den Stichproben ergab einen Signifikanzwert von 0,934. Dieser ist größer als das für diesen Zusammenhang empfohlene Signifikanzniveau von 0,1. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Varianzhomogenität vorliegt.

Die mehrfaktorielle Varianzanalyse ergab signifikante Haupteffekte für die Faktoren

- Schweregrad der Depression (ISR-Skala „Depressives Syndrom“,  $F = 9,802$ ;  $p < 0,001$ ),
- Motivation aus Therapeutesicht ( $F = 45,534$ ;  $p < 0,001$ ),
- Alter ( $F = 8,492$ ;  $p < 0,001$ ),
- AU-Zeiten im Jahr vor der Behandlung ( $F = 8,674$ ;  $p < 0,001$ ),
- Partnersituation ( $F = 6,952$ ;  $p = 0,008$ ) sowie
- Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ( $F = 5,619$ ;  $p = 0,018$ ).

Fälle, die einen höheren spezifischen Schweregrad und höhere AU-Zeiten aufweisen, haben eine längere Behandlungsdauer, als solche mit geringer ausgeprägtem Schweregrad bzw. weniger AU-Zeiten. Eine Persönlichkeitsstörung als Komorbidität führen ebenso zu einer überdurchschnittlichen Behandlungsdauer. Jüngere Patienten und Patienten ohne Partner sind durchschnittlich länger in der Klinik als ältere und nicht allein lebende Patienten. Und Fälle, denen eine höhere Motivation attestiert wird, zeigen eine längere Behandlungsdauer.

Die übrigen Variablen, die sich in der bivariaten Analyse zunächst auffällig gezeigt hatten, konnten in der multivariaten Analyse nicht bestätigt werden. Keine Effekte ( $p > 0,05$ ) zeigten sich bei den Variablen Hauptdiagnose, ISR-Gesamtscore, Familienstand, Anzahl psychischer Nebendiagnosen, Berufsabschluss, Einkommensart, Patientenkarriere (Vorbehandlungen), Einnahme von Psychopharmaka vor Aufnahme und die Existenz von Kindern.

Das Gesamtmodell erklärt 18 Prozent der Varianz der abhängigen Variable Behandlungsdauer ( $R\text{-Quadrat} = 0,184$ ).

## 5.4 Ergebnisse der Klassifikationsanalyse

Ergänzend zu den bisherigen Analysen wurde der Einfluss der im Rahmen der Sekundäranalyse verfügbaren unabhängigen Variablen auf die Behandlungsdauer mittels Klassifikationsanalyse untersucht. Dabei werden die Kategorien der unabhängigen Variablen, die sich statistisch nicht unterscheiden lassen, automatisch zusammengeführt. Insgesamt wurden 14 Teilpopulationen (Segmente, Endknoten) erzeugt, von denen die jeweils fünf Segmente mit den längsten bzw. kürzesten Behandlungsdauern in Tabelle 5.33 dargestellt sind.

Die Variable mit dem stärksten Einfluss auf die abhängige Variable Behandlungsdauer ist ISR-Skala „Depressives Syndrom“ als Indikator für den Schweregrad der depressiven Erkrankung. Tabelle 5.33 verdeutlicht den zentralen Stellenwert dieses Prädiktors, der sich auch bereits in der bivariaten Analyse gezeigt hatte. Darüber hinaus wurden die Motivation, das Alter, die Partnersituation und die Anzahl der psychischen Nebendiagnosen in das Modell aufgenommen.

Die Segmentanalyse ergibt folgendes Bild: Die längste Behandlungsdauer mit durchschnittlich 63,2 Tagen zeigt sich bei Patienten, die auf der ISR-Skala „Depressives Syndrom“ eine schwere Symptombelastung aufwiesen (Skalenwerte 3-4), als „motiviert“ oder „sehr motiviert“ eingeschätzt werden, keinen Partner haben und jünger als 41 Jahre sind. Kaum kürzer behandelt werden Patienten mit einer ebensolchen Merkmalskombination im Alter von 41 bis 52 Jahren. Mit durchschnittlich 40,5 Tagen findet sich die kürzeste Behandlungsdauer bei Fällen mit einem geringen ISR-Depressionswert ( $< 1$ , d.h. unauffällig oder Verdacht auf Belastung).

Generell lässt sich auf der Basis der Klassifikationsergebnisse feststellen, dass eine hoher spezifischer Schweregrad (ISR-Skala „Depressives Syndrom“), eine hohe Motivation (nach Therapeuteneinschätzung), ein jüngeres Alter und ein fehlender Partner die Behandlungsdauer erhöhen, während ein niedrigerer Schweregrad, eine geringer eingeschätzte Motivation, ein höheres Alter und ein fester Partner die Behandlungsdauer eher verkürzen (siehe Tab. 5.33).

**Tab. 5.33:** Klassifikationsanalyse

Rang	Merkmale der Teilpopulation	durchschnittliche Behandlungsdauer
1.	schwere depressive Symptombelastung, (sehr) motiviert, kein (od. wechselnder) Partner, Alter < 41 Jahre	63,2
2.	schwere depressive Symptombelastung, (sehr) motiviert, kein (od. wechselnder) Partner, Alter 41-52 Jahre	60,1
3.	mittlere depressive Symptombelastung, Alter 28-35 Jahre	56,9
4.	mittlere depressive Symptombelastung, Alter > 46 Jahre, (sehr) motiviert, > 1 psychische Nebendiagnosen	53,8
5.	schwere depressive Symptombelastung, (sehr) motiviert, fester Partner	53,5
...		
10.	mittlere depressive Symptombelastung, Alter > 46 Jahre, (sehr) motiviert, max. 1 psychische Nebendiagnose	47,6
11.	mittlere depressive Symptombelastung, max. „etwas motiviert“	47,2
12.	geringe depressive Symptombelastung, fester Partner	45,4
13.	mittlere depressive Symptombelastung, Alter > 46 Jahre, max. „etwas motiviert“	40,6
14.	depressive Symptombelastung unauffällig oder Verdacht auf Belastung	40,5

## 5.5 Ergebnisse im Überblick

Geprüft wurden insgesamt 27 Variablen aus der Psy-BaDo-PTM auf ihren Einfluss auf die Behandlungsdauer in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung in der Klinik Windach. In der bivariaten Analyse waren nach Adjustierung des Signifikanzniveaus wegen multiplen Testens zunächst 15 unabhängige Variablen auffällig. Diese wurden im Rahmen einer einfachen mehrfaktoriellen Varianzanalyse überprüft. Für sechs Faktoren konnte ein signifikanter Effekt nachgewiesen werden: Schweregrad der Depression, Motivation, Alter, AU-Zeiten, Persönlichkeitsstörung als Komorbidität und Partnersituation (siehe Tabelle 5.34).

Die Klassifikationsanalyse zeigte ergänzend, dass ein höherer Schweregrad der Depression in Kombination mit jüngerem Alter und/oder größerer Motivation und/oder fehlendem Partner eine überdurchschnittliche Behandlungsdauer begründet.

**Tab.5.34:** Übersicht der Ergebnisse

Variable	signifikant in bivariater Analyse*?	signifikant in multivariater Analyse**?	Aufnahme in Klassifikati- onsmodell?
ISR: Depressives Syndrom	ja	ja	ja
Motivation	ja	ja	ja
Altersgruppen	ja	ja	ja
ISR-Gesamtscore	ja	nein	nein
AU-Zeiten im Jahr vorher	ja	ja	nein
Familienstand	ja	nein	nein
Anzahl psychischer Nebendiagnosen	ja	nein	ja
Persönlichkeitsstörung (F60/F61)	ja	ja	nein
Partnersituation	ja	ja	ja
Berufsabschluss	ja	nein	nein
Einkommensart	ja	nein	nein
Patientenkarriere (Index)	ja	nein	nein
Hauptdiagnose	ja	nein	nein
Psychopharmaka vorher	ja	nein	nein
Kinder (ja/nein)	ja	nein	nein
Rentenbegehren	nein	entfällt	entfällt
Kulturelle/sprachliche Barrieren	nein	entfällt	entfällt
Rentenverfahren	nein	entfällt	entfällt
Suizidversuche	nein	entfällt	entfällt
Geschlecht	nein	entfällt	entfällt
Erwerbsstatus	nein	entfällt	entfällt
Soziale Lebenssituation	nein	entfällt	entfällt
Schulabschluss	nein	entfällt	entfällt
Dauer der psychischen Beschwerden	nein	entfällt	entfällt
letzte Berufstätigkeit	nein	entfällt	entfällt
Nation	nein	entfällt	entfällt
Anzahl somatischer Diagnosen	nein	entfällt	entfällt

\* Kolmogorov-Smirnov oder Kruskal-Wallis-Test.

\*\* mehrfaktorielle Varianzanalyse



## 6. Diskussion

### 6.1 Diskussion der Methodik

Für die vorliegende Studie wurden Routinedaten einer psychosomatischen Klinik sekundär-analytisch ausgewertet. Die grundsätzliche Limitation der Sekundäranalyse liegt darin, dass nur im zu analysierenden Datensatz vorhandene Merkmale ausgewertet werden können. Potentiell interessante Variablen, die nicht enthalten sind, wie z.B. die Therapeut-Patient-Beziehung (Bassler et al. 1995) oder die soziale Funktionsfähigkeit (Frick et al. 1999) bleiben naturgemäß unberücksichtigt und müssen im Rahmen von speziellen Zusatzerhebungen überprüft werden. Auch ist die Hypothesenprüfung begrenzt durch die Qualität des vorgefundenen Materials, insbesondere durch die einbezogenen Merkmale und ihre Ausprägungen. Hier bietet jedoch die Psy-BaDo-PTM der Klinik Windach ein breites Spektrum an Variablen aus geprüften und validen Instrumenten (von Heymann et al. 2003, Tritt et al. 2003, Tritt et al. 2008), die in langjährig bewährter Routine weitgehend vollständig und reliabel dokumentiert werden. So kamen formal falsche oder nicht plausible Werte im untersuchten Datensatz kaum vor und fehlende Angaben waren vergleichsweise selten.

Praktisch dürfte es ohnehin unmöglich sein, alle Faktoren, die gemeinsam die Behandlungsdauer bestimmen, zu identifizieren, zumal jede Behandlung ihrem ganz individuellen Verlauf folgt. Allein das Vorhaben alle bereits bekannten Einflussfaktoren in einer Studie unterzubringen, stößt an Grenzen (Schmieder 2010). Allerdings gäbe es einige vermutlich wichtige Einflussfaktoren, welche in zukünftige Studien berücksichtigt werden sollten. Dazu gehören m.E. Merkmale des Therapieprozesses, wie der therapeutische Ansatz, die Therapeut-Patient-Beziehung, die medikamentöse Behandlung aber auch weitere Patientencharakteristika, wie etwa Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder bedeutende Lebensereignisse im Laufe der Therapie. Idealerweise sollte die Analyse vor dem Hintergrund der Strukturdaten des Krankenhauses und seiner Umgebung geschehen: verfügbare Behandlungskapazitäten und die ambulante Behandlungsstruktur der Umgebung, auch Fallhäufigkeit sollten einbezogen werden. Der Einfluss des Versorgungssystems ist nicht zu unterschätzen (Richter 2001). Es wäre eine Überlegung wert, zusätzlich zu den üblichen Fragebögen, Instrumente einzusetzen, die es ermöglichen, die genannten potentiellen Einflussfaktoren auf die Behandlungsdauer – und vermutlich auch auf den Therapieerfolg – zu berücksichtigen.

Die Stichprobengröße von 2581 Fällen reicht nicht ganz an die der größeren multizentrischen Auswertungen heran (Zielke et al. 1997: N = 22838, von Heymann et al. 2003: N = 17860; Tritt et al. 2003: N = 6439, Härter et al. 2004: N = 3189) liegt aber im Vergleich mit

den Fallzahlen der publizierten monozentrischen Studien über dem Durchschnitt (Barnow et al. 1997: N = 736, Creed et al. 1997: N = 115, Klose et al. 2006: N = 1284, Nieminen et al. 1994: N = 1330, Schmieder 2010: N = 604, Sloan et al. 1999: N = 2323, Stevens et al. 2001: N = 4706; vgl. auch Richter 2001). Sie lässt das Fehlen einiger Angaben einzelner Patienten verschmerzen, die für die multivariate Analyse ausgeschlossen werden mussten und gewährleistet eine hohe Power der Untersuchung. Die Gefahr, existierende Einflussfaktoren zu übersehen, ist äußerst gering. Andererseits besteht das grundsätzliche Problem großer Stichproben, dass bereits kleine Unterschiede, die klinisch eher unbedeutend sind, statistisch signifikant und die Ergebnisse deshalb überbewertet werden. Die Adjustierung des Signifikanzniveaus in der bivariaten Analyse und die zusätzliche multivariate Analyse sollten diesen Effekt abmildern.

Die Beschränkung der Studie auf die Gruppe der depressiven Erkrankungen (gemäß Hauptdiagnose) gewährleistet eine vergleichsweise homogene Stichprobe, die in vielen Studien ob einer Vermischung aller Diagnosegruppen zu einer großen heterogenen Stichprobe nicht gegeben ist. Die Aussagen werden dadurch präziser, bleiben aber freilich auf die selektierte Gruppe beschränkt. Es ist bekannt, dass Depressive andere Behandlungsdauern erreichen als etwa Patienten mit einer Essstörung oder einer Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose. Allerdings ist es im Falle von psychischer Multimorbidität sicher häufig schwierig zu entscheiden, welche Diagnose im Vordergrund steht und als Erstdiagnose dokumentiert werden sollte. Im vorliegenden Datensatz ist es meist die Störung, die zum Kontakt mit der Klinik geführt hat.

Durch die Beschränkung auf nur eine Klinik können Klinikmerkmale und Behandlungskonzept als Störgrößen ausgeschaltet werden, was eine bessere interne Validität verspricht. Allerdings wird dies durch eine geringere Repräsentativität und damit externe Validität erkauft. So erlaubt die Auswertung der Daten generelle Rückschlüsse nur auf die Psychosomatische Klinik Windach. Fraglich ist, inwieweit die Ergebnisse auch für Patienten anderer Kliniken gelten können. So entspricht zwar die Geschlechterverteilung mit einem größeren Frauenanteil grundsätzlich dem üblichen Verhältnis in psychosomatischen Kliniken, jedoch sind die Frauen mit einem Anteil von 57,8 Prozent (Männer: 42,2 Prozent) in der untersuchten Stichprobe nicht so deutlich in der Mehrzahl, wie es sich aus der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes ergibt: dort ist der Frauenanteil mit 61,5 Prozent für die Diagnosegruppe F31 bis F33 etwas höher (Statistisches Bundesamt 2013a). Auch das Durchschnittsalter liegt mit 45,2 Jahren etwas höher als in anderen Studien (Tritt et al. 2003: 41 Jahre, Richter 1999: 42 Jahre, Stevens et al. 2001: 41 Jahre), die allerdings ein breiteres Diagnosespektrum beschreiben. Die durchschnittliche Verweildauer von 50,5 Tagen war

zwar mit anderen, älteren Studien vergleichbar (von Heymann 2003: 48 Tage für F33, Tritt et al., 2003: 53 Tage für F33 und 50 Tage für F32, Richter 1999: 47 Tage), lag aber deutlich über den Zahlen des Statistischen Bundesamtes für die untersuchten Diagnosegruppen im Jahr 2011 (30 bis 36 Tage, vgl. Tabelle 2.5), die allerdings nicht zwischen Psychosomatik und Psychiatrie, die deutlich geringere Aufenthaltsdauern hat, unterscheiden. Von einer unkritischen Übertragung der Ergebnisse auf alle im IQP zusammengeschlossenen Kliniken, alle Bayerischen oder gar alle Deutschen psychosomatischen Kliniken muss also gewarnt werden. Aufgrund der Größe der Stichprobe und der Systematik der Dokumentation kann den vorliegenden Ergebnissen aber durchaus hypothesenbegründender Charakter für weitere Untersuchungen attestiert werden.

Wie in Kapitel 4.5.2 beschrieben, ist die mehrfaktorielle Varianzanalyse ein sehr generell einsetzbares multivariates Analyseverfahren, mit dessen Hilfe analysiert werden kann, wie die Messwerte einer abhängigen metrischen Variablen – hier: Behandlungsdauer – von mehreren simultan wirksamen unabhängigen Variablen (Faktoren) abhängen. Für die unabhängigen Variablen wird lediglich Nominalskalenniveau verlangt, was den Voraussetzungen vieler insbesondere soziodemografischer Variablen (Geschlecht, Familienstand etc.) im untersuchten Datensatz entsprach. Leider konnten aufgrund der Vielzahl der Faktorvariablen mögliche Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Faktoren nicht untersucht werden.

## **6.2 Diskussion der Ergebnisse**

Die durchschnittliche Behandlungsdauer in der gesamten Stichprobe betrug 50,5 Tage (14 – 112 Tage, Standardabweichung = 14,7) und liegt damit formal deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt für psychosomatische Krankenhäuser bzw. Abteilungen (Statistisches Bundesamt 2013). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Fälle mit einer Behandlungsdauer von weniger als zwei Wochen von der Analyse ausgeschlossen wurden, welche den realen Gesamtdurchschnitt der Aufenthaltsdauer in dieser Klinik senken. Die Unterschiede zwischen verschiedenen Teilpopulationen fallen vergleichsweise mäßig aus. Lediglich bei der Symptombelastung, der Motivation, bei Alter, Berufsabschluss und Rentenbegehren finden sich Spannbreiten in der Behandlungsdauer von über einer Woche. Bedingt durch die hohe Fallzahl der Untersuchung werden jedoch auch viele kleinere Unterschiede – trotz Adjustierung des Signifikanzniveaus – in der bivariaten Analyse signifikant, was die Überprüfung im Rahmen von multivariaten Verfahren sinnvoll erscheinen lässt.

Zur Hauptfrage dieser Untersuchung, welche Abhängigkeiten zwischen der Behandlungsdauer und Psy-BaDo-Variablen bestehen, wurden vor dem Hintergrund der Literaturlage zunächst bivariate Mittelwertvergleiche durchgeführt, um einfache Unterschiede zwischen verschiedenen Teilpopulationen aufzuzeigen. Anschließend wurden in einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse (s.o.) überprüft, ob sich die Ergebnisse multivariat bestätigen lassen, um einen Anhaltspunkt für die praktische Relevanz der bivariat auffälligen Ergebnisse zu bekommen.

Insgesamt wurden in der bivariaten Analyse zunächst 15 signifikante Einflussvariablen identifiziert, von denen sechs im zweiten Schritt bestätigt werden konnten. Darunter befinden sich zwei aus dem Bereich krankheitsbezogener Variablen (ISR-Skala Depressives Syndrom, Persönlichkeitsstörung als Nebendiagnose), drei soziodemografische Variablen (Alter, AU-Zeiten im Jahr vorher, Partnersituation) und eine weitere Variable (Motivation aus Therapeutesicht).

Großen Einfluss auf die Behandlungsdauer hatte die spezifische Symptombelastung gemessen mit der ISR-Skala „Depressives Syndrom“ als Indikator für den Schweregrad der Erkrankung. Ein hoher IRS-Prä-Wert, also eine schwere depressive Symptomatik zu Beginn der Behandlung, war ein signifikanter Prädiktor für längere Verweildauern. Viele Autoren wiesen bereits auf die Korrelation zwischen Schweregrad der Erkrankung und Aufenthaltsdauer in der Klinik hin (Barnow et al. 1997, Richter 2001, Creed et al. 1997, von Heymann et al. 2003, Sitta et al. 2006, Hermann et al. 2007, Schmieder 2010). Hermann et al. (2007) konnten zeigen, dass Patienten mit schwerer Erkrankung weniger rasch und weniger stark auf die Behandlung ansprechen. Um den gleichen Behandlungseffekt zu erreichen dauerte es dreimal länger, als bei Patienten mit milderer Erkrankung. Abweichende Ergebnisse sind selten. Bassler et al. (1995) fanden in ihrer Untersuchung keine Korrelation zwischen dem Schweregrad der Störung und der Behandlungsdauer.

Wie vermutet hatte auch die Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung einen signifikanten positiven Einfluss auf die Behandlungsdauer. Dies stimmt mit Ergebnissen älterer Studien überein, welche zeigten, dass die Diagnosegruppen sich in durchschnittlichen Verweildauern unterschieden und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen überdurchschnittlich lange Therapiedauern hatten (Zielke et al. 1997, von Heymann et al. 2003, Tritt et al. 2003). Für die hier berücksichtigten spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60) sowie die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (F61) gilt, dass es sich um tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster handelt, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen (ICD-10). Sie sind nach den

Erfahrungen der Psychosomatischen Klinik Windach als komplexe Störungen der Interaktion eines Menschen mit seiner Umwelt gekennzeichnet, d.h. im Wesentlichen als Beziehungsstörungen (Klinik Windach 2012). Entsprechend aufwändig gestaltet sich die Therapie: Am Anfang stehen eine exakte Diagnostik der Persönlichkeitsstruktur und die Aufklärung über das Krankheitsbild mit Erarbeitung eines gemeinsamen Störungsverständnisses. Zu Beginn der kognitiven Verhaltenstherapie (oder tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) steht die Motivationsphase, in der es darum geht, dass der Patient gemeinsam mit dem Therapeuten sein Problem identifiziert und ein Ziel definiert. Im Verlauf werden dann die Probleme genauer untersucht, neue Verhaltensmuster erarbeitet und eingeübt. Aufgrund der komplexen Problematik und insbesondere weil der unabdingbare Aufbau der Interaktion eines persönlichkeitsgestörten Patienten mit seinem Therapeuten durch das Krankheitsbild erschwert ist, sind vergleichsweise lange Behandlungsdauern zu erwarten. Es verwundert daher nicht, dass die S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie davon ausgehen, „dass psychotherapeutische Behandlungen bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen länger dauern, als beim Durchschnitt psychiatrischer Behandlungen ...“ (DGPPN 2009). Dieser Befund dürfte ohne größere Einschränkungen auch für den Bereich der Psychosomatik gelten.

In einer Studie, die anhand von Patientendaten aus dem Bereich Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (Akutbehandlung und Rehabilitation) durchgeführt wurde, hatten Patienten mit Zwangsstörungen als Hauptdiagnose mit durchschnittlich 71 Tagen die längste Behandlungsdauer (von Heymann et al. 2003). Darauf folgten bereits Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit durchschnittlich 69 Tagen. In der Studie von Tritt et al. (2003), die sich nur auf Patienten mit stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung bezieht, liegen die Persönlichkeitsstörungen im Behandlungsdauer-Ranking mit 84 Tagen (F61-69) bzw. 76 Tagen (F60) sogar deutlich vorne. Es liegt nahe, dass auch eine ‚nur‘ als Nebendiagnose dokumentierte Persönlichkeitsstörung einen verlängernden Einfluss auf die Behandlungsdauer haben kann. Spezielle Studien zum Einfluss der Nebendiagnose Persönlichkeitsstörung liegen allerdings nicht vor.

Betrachtet man die Nebendiagnosen insgesamt, so besteht ferner ein tendenzieller Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität, operationalisiert über die Anzahl der psychischen Nebendiagnosen und der Behandlungsdauer. So zeigte sich in der bivariaten Analyse eine längere Behandlungsdauer bei zunehmender psychischer Komorbidität. „Die Komplexität in der Problemkonstellation führt offensichtlich zu komplexen Behandlungsstrategien mit einem entsprechend höheren Behandlungsaufwand, der sich auch in zeitlicher Perspektive niederschlägt“ (Zielke et al. 1997). Von Heymann et al. (2003) beschreiben die erhöhte Ko-

morbidity als Indikator für einen erhöhten Schweregrad der Erkrankung. In der mehrfaktoriellen Varianzanalyse konnte dieser Effekt jedoch nicht reproduziert werden.

Unter den soziodemographischen Merkmalen spielt das Alter die wichtigste Rolle. Ein höheres Alter führte in der untersuchten Stichprobe zu einer signifikant kürzeren Behandlungsdauer. Dies entspricht dem Ergebnis der Untersuchung von Zielke et al. (1997), in welcher jüngere Patienten ebenfalls die längsten Behandlungsdauern aufwiesen. Auch Stevens et al. (2001) zeigte für die jüngste Altersgruppe eine durchschnittlich längere Aufenthaltsdauer. Einige Autoren berichten hier jedoch Gegenzug (Richter, 2001; Barnow et al., 1997). Sie postulieren, dass ein höheres Lebensalter mit vermehrter Komorbidität und Chronifizierung der Erkrankung einhergehe und sich somit die Therapiedauer verlängern würde. Eine mögliche Erklärung für die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung könnte sein, dass die älteren Patienten der untersuchten Stichprobe seltener alleine leben. Eine Korrelation zwischen Alter und den Variablen der sozialen Lebenssituation (Haushalt, Partnersituation, Familienstand, Kinder) konnte festgestellt werden.

Auch die Variable Partnersituation erreicht in der multivariaten Analyse statistische Signifikanz. Es zeigt sich wie schon bei Zielke et al. (1997) und von Heymann et al. (2003), dass diejenigen, die keinen festen Partner haben, eine längere Behandlungsdauer aufweisen. Eine feste Partnerschaft bedeutet Unterstützung für den Patienten und scheint den Wunsch zu verstärken, nach Hause zurückzukehren (Zielke et al. 1997) bzw. macht dies überhaupt erst möglich.

Die AU-Zeiten im Jahr vor Behandlung erwiesen sich in der mehrfaktoriellen Varianzanalyse ebenfalls als signifikant. Diese Variable dürfte als weiterer Indikator für den Schweregrad der psychischen Erkrankung zu verstehen sein, auch wenn hier natürlich andere Faktoren eine Rolle spielen, wie etwa Merkmale des Arbeitsplatzes, die Motivation, das Krankschreibungsverhalten des behandelnden Arztes etc.

Ein weiterer Prädiktor für eine längere Behandlungsdauer zeigte sich in der Motivation der Patienten. Ein Ergebnis, das nicht erstaunt und bereits von anderen Autoren so beschrieben wurde (Zielke et al. 1997, von Heymann et al. 2003, Klauer et al. 2007, Schmieder 2010). Es muss allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass es sich in den hier untersuchten Daten der Klinik Windach um eine globale, nicht operationalisierte Einschätzung seitens der Therapeuten handelt, nicht um das Ergebnis eines psychodiagnostischen Testverfahrens. Zudem wird die Motivation in der alltäglichen Praxis der Studienklinik häufig retrospektiv erst am Ende der stationären Behandlung eingeschätzt. Es lässt sich letztlich also

nur sagen, dass sich bei durch den Therapeuten und häufig retrospektiv eingeschätzter hoher Motivation längere Behandlungsdauern zeigen. Inwieweit die tatsächliche Therapiemotivation am Behandlungsbeginn der dokumentierten Therapeuteneinschätzung entspricht, muss offen bleiben. Der Einsatz eines speziellen validierten Messinstruments, das die Therapiemotivation operationalisiert, ist angesichts der Bedeutung der Variablen für viele Fragestellungen wünschenswert. In der Arbeit von Zielke et al. (1997) wurden Patienten bei Aufnahme durch einen Anamnesefragebogen befragt, wie stark der Wunsch nach einer Behandlung sei. Patienten, die eine geringe Motivation aufwiesen oder gar unfreiwillig aufgenommen wurden, zeigten meistens kurze Behandlungsdauern und neigten häufiger zu Therapieabbrüchen. Motivierte Patienten dagegen bestärken vermutlich ihre Therapeuten darin, die Therapie zu verlängern, um die Lernfortschritte soweit es geht auszuschöpfen (Schmieder 2010).

Weitere, in der bivariaten Analyse zunächst signifikante Unterschiede in der Behandlungsdauer konnten in der multivariaten Analyse nicht bestätigt werden, hier kann aufgrund der bivariaten Ergebnisse aber zumindest von Tendenzen gesprochen werden kann. Dies betrifft die ICD-10-Hauptdiagnose, den ISR-Gesamtscore, die Anzahl psychischer Nebendiagnosen, die Patientenkarriere (Vorbehandlungen), die Einnahme von Psychopharmaka vor der Aufnahme zur stationären psychosomatischen Behandlung, den Berufsabschluss, die Einkommensart, den Familienstand und die Existenz von Kindern. Die beiden letztgenannten Variablen zur sozialen Lebenssituation lassen dabei eine gemeinsame Tendenz dahingehend erkennen, dass alleinlebende Patienten (nicht verheiratet, ohne Partner und ohne Kinder) eine eher längere Behandlungsdauer aufweisen, was sich bereits bei der Partnersituation gezeigt hatte (s.o.). Fehlt eine zufriedene Partnerschaft und die Unterstützung, die der Patient durch sie erfährt, ist der Wunsch, nach Hause zurückzukehren und die Klinikbehandlung deutlich zu verkürzen vermutlich geringer (Zielke et al. 1997). Ein fester (Ehe-)Partner dagegen verkürzt den Aufenthalt in der Klinik, was sich durch die Verantwortung des Patienten gegenüber der Familie erklären lässt, oder auch durch die stabile Beziehung, die dem Patienten die Rückkehr in den Alltag erleichtert. Dieses Phänomen wurde bereits von anderen Autoren (Zielke et al. 1997; von Heymann et al. 2003, Schmieder 2010) beschrieben.

Von den anderen auf der bivariaten Analyseebene zunächst signifikanten Variablen können insbesondere der ISR-Gesamtscore, aber auch die Patientenkarriere und – zumindest ansatzweise – die Hauptdiagnose als weitere Indikatoren für den Schweregrad der Erkrankung aufgefasst werden und fügen sich damit gut in das Gesamtbild dieser Arbeit ein, die den Schweregrad als wichtigsten Faktor für die Dauer der Behandlung identifizieren konnte. Mit dem Berufsabschluss und der Einkommensart erwiesen sich auch zwei weitere soziode-

mografische Merkmale als bivariat auffällig. So zeigte die kleine Gruppe der noch in Ausbildung befindlichen Patienten eine höhere Aufenthaltsdauer als alle anderen Gruppen und Patienten mit regulären Einkommen geringfügig kürzere Aufenthaltsdauern als Patienten mit Einkommen aus Sozialleistungen. Die vergleichsweise hohe Behandlungsdauer von noch in Ausbildung befindlichen Patienten korrespondiert mit der ebenfalls überdurchschnittlich langen Behandlungsdauer jüngerer, lediger und ohne Partner lebender Patienten. Das Merkmal „Einkommen aus Sozialleistungen“ könnte auf besondere soziale Problemlagen verweisen und ist insofern nachvollziehbar. Es sei aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei ausgewerteten großen Stichprobe bereits kleine Unterschiede zwischen Teilpopulationen signifikant werden können, ohne dass diesen Ergebnissen damit automatisch eine klinische Bedeutung zukommt. Es sei daher auf die Ergebnisse der multivariaten Analyse verwiesen.

Kein Zusammenhang – schon in der bivariaten Analyse – fand sich für die Variablen Geschlecht, Nationalität, kulturelle/sprachliche Barrieren, Haushalt, Schulabschluss, Erwerbsstatus, letzte Berufstätigkeit, Rentenbegehren bzw. Rentenverfahren, Suizidversuche, Dauer der psychischen Beschwerden und Anzahl der somatischen Nebendiagnosen. Hierbei handelt es sich überwiegend um Variablen, deren Einfluss auch in der Literatur nur vereinzelt belegt werden konnte bzw. für die widersprüchliche Ergebnisse vorlagen.

Insgesamt betrachtet kann der Schweregrad der Erkrankung, der sich nicht nur in der Symptombelastung (ISR-Skala) abbildet, sondern sich auch in der Komorbidität (Persönlichkeitsstörung) und den AU-Zeiten im Jahr vor der Behandlung widerspiegelt, als wichtigster Faktor mit Einfluss auf die Behandlungsdauer identifiziert werden. Darüber hinaus spielt auch die Therapiemotivation, eingeschätzt durch den Therapeuten, offenbar eine wichtige Rolle – auch wenn hier methodische Limitationen durch die eher provisorische Erfassung zu beachten sind. Soziodemografische Patientenmerkmale wie die Partnersituation und das Alter, hinter dem sich wohl auch die soziale Lebenssituation (allein oder nicht allein lebend) des Patienten verbirgt, können zusätzliche Aufklärung liefern. Nicht bzw. nur ersatzweise im Rahmen einer Klassifikationsanalyse analysiert werden konnten die Wechselwirkungen zwischen den einbezogenen unabhängigen Variablen, da die Vielzahl der auf bivariater Ebene auffälligen Variablen die Möglichkeiten einer mehrfaktoriellen Varianzanalyse überstieg.

Drei Studien aus dem deutschsprachigen Raum, die sich ebenfalls auf die Betrachtung depressiver Patienten konzentrieren, allerdings im Rahmen der Psychiatrie, kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Barnow et al. (1997) entdeckten signifikante Einflüsse von Alter, Familienstand, Geschlecht, Schweregrad und Art der Depression auf die Aufenthaltsdauer. Alter und Schweregrad zeigten sich auch in der hier vorgestellten Untersuchung als signifikante



Prädiktoren, die Hauptdiagnose und der Familienstand zumindest tendenziell. Lediglich für das Geschlecht konnte kein Einfluss auf die Behandlungsdauer nachgewiesen werden. In einem großen Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur externen Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung (Härter et al. 2004) zeigte sich ebenfalls, dass sich die Behandlungsdauer signifikant zwischen den Diagnosegruppen unterscheidet und sich somit auch nach der Schwere der Störung richtet. Bipolare Störungen und rezidivierende Depressionen wurden mit durchschnittlich 74,3 bzw. 68,8 Tagen länger behandelt als depressive Episoden (62,2 Tage). Auch die Ergebnisse zum Schweregrad der Depression zeigten einen signifikanten Zusammenhang: „Je schwerer die Psychopathologie bei der Aufnahme ist, desto länger dauert die Behandlung“ (Härter et al. 2004). Auch Hermann et al. (2008) kamen zu dem Ergebnis, dass in der stationären Depressionsbehandlung in Deutschland und der Schweiz eine schwerere Symptomatik eine längere Behandlungsdauer zur Folge hat.

Damit erscheinen die zentralen Ergebnisse dieser Studie nicht nur aus fachlich-praktischer Sicht insgesamt plausibel, sondern ordnen sich auch weitgehend in den bisherigen Stand der Forschung ein. Schweregrad, Hauptdiagnose und Alter wurden in Studien mit ähnlichem Patientenkontext als Einflussfaktoren identifiziert, Motivation in mehreren indikationsübergreifenden Studien. Noch besser als weitere patientenbezogene Merkmale können vermutlich nur Behandlungsmerkmale und Umweltcharakteristika die Streuung in der Behandlungsdauer in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung in Deutschland erklären (Richter 2001).

### **6.3 Bedeutung der Behandlungsdauer**

Die vorliegende Studie untersuchte Einflussfaktoren auf die Dauer der psychosomatischen Krankenhausbehandlung am Beispiel von Patienten mit depressiven Erkrankungen. Nicht untersucht werden konnte der Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg, eine weitere wichtige Fragestellung, die wiederum immer auch ökonomische Aspekte beinhaltet. Insofern ist es auch nicht möglich, aus den Ergebnissen dieser Arbeit generell eine optimale Behandlungsdauer für die stationäre psychosomatische Krankenhausbehandlung der untersuchten Gruppe abzuleiten. Da die Beschäftigung mit Fragen der Behandlungsdauer aber vor allem im Zusammenhang mit Therapieerfolg und Behandlungskosten ihre Bedeutung gewinnt, soll dieser Bezug hier abschließend kurz aufgegriffen werden.

Effekte der Behandlungsdauer sind allein kaum messbar, sie sind vielmehr immer ein Bündel aus Zeit, therapeutischen Interventionen und Patientenmerkmalen. Mehrere Studien lassen

aber kaum Zweifel an den positiven Effekten längerer Behandlungen aufkommen (Richter 2001). Umgekehrt bedeutet dies, „dass die pauschale Verkürzung der Verweildauer, wie sie in den letzten Jahren stattgefunden hat, sich negativ auf die Behandlungsergebnisse auswirken wird“ (Schmieder 2010). Fällt eine psychotherapeutische Behandlung zeitlich zu kurz aus oder wird vorzeitig abgebrochen, besteht die Gefahr, dass auf diese Weise Misserfolge oder therapeutische Verschlechterungen produziert werden (Tokar 2007). Zum Beispiel erhöhte nach Richter (2001) jeder vom Kostenträger nicht genehmigte Tag das Wiederaufnahmerisiko um 3,1 Prozent. Bei Alkoholikern erwies sich eine kurze Verweildauer als Prädiktor für einen ungünstigen Gesundheitszustand nach drei Monaten (Reker et al. 2004). Selbst eine höhere Anzahl an Suiziden nach inadäquat früher Entlassung kann nicht ausgeschlossen werden. Für den Bereich der psychosomatischen Rehabilitation konstatierte Nosper (1999), dass „die vom Gesetzgeber vorgesehene Behandlungsdauer von drei Wochen in der Regel nicht genügt, bei stationär psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Patienten ausreichende und langzeitstabile Besserungen zu bewirken“ (Nosper 1999). Vielmehr bestehe ein mindestens sechswöchiger Behandlungsbedarf. Mestel et al. (2000) fanden in ihrer Untersuchung, dass eine längere Behandlungsdauer bei depressiven Patienten mit einem stärkeren Therapieerfolg einhergeht. In einer jüngeren deutschen Studie zeigte sich die Aufenthaltsdauer allerdings nicht als Prädiktor, ob die Patienten auf die Behandlung ansprechen (Harbeck et al. 2013). Möglicherweise ist der Zusammenhang auch dadurch zu erklären, dass die Behandlungsdauer von den Therapeuten so festgelegt wird, dass der momentan nötige und mögliche Therapieerfolg erzielt wird, es sich also jeweils um die nötige Behandlungsdauer handelt, um einen Therapieerfolg zu erzielen.

Es scheint bei den Bemühungen um eine Kostenreduktion auch eine ökonomische Grenze zu geben: „Die bisherigen Befunde lassen darauf schließen, dass die Verkürzung der Behandlungsdauer ab einem bestimmten Punkt keine reduzierten Kosten pro Person mehr zur Folge hat, sondern dass die Reduktion der Episodendauer durch die gesteigerte Aufnahmezahl kompensiert werden kann“ (Richter 2001). Möglicherweise entstehen durch häufigere Wiederaufnahmen insgesamt sogar höhere Kosten pro Fall. Auch insofern ist die aktuelle Einführung eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie und die Psychosomatik (PEPP), das Anreize zu einer weiteren Verkürzung der bereits seit Jahrzehnten rückläufigen Behandlungsdauern setzt, durchaus kritisch zu sehen. Galuska fordert daher „eine ganzheitliche, im echten Sinne psychosomatische Medizin, die die gegenwärtige Technologisierung und Ökonomisierung der Medizin durch eine Subjektorientierung und eine Beziehungsdimension ergänzt“ (Galuska 2010).

Auf der anderen Seite soll nicht verschwiegen werden, dass es auch Obergrenzen einer sinnvollen Behandlungsdauer gibt. Ab einem bestimmten Punkt der psychotherapeutischen Behandlung ist nach dem Aufwands-Wirkungsmodell eine außerordentliche Steigerung des Therapieaufwands nötig, um weitere Besserungen des psychischen Gesundheitszustandes zu erreichen (Tokar 2007).

Es gilt also, die optimale Behandlungsdauer sorgfältig zu erforschen, damit einerseits und vor allem negative Konsequenzen für den Gesundheitsstatus der Betroffenen nicht eintreten können, andererseits aber auch keine der bekanntermaßen knappen Ressourcen in unserem Gesundheitssystem verschwendet werden. Hierzu kann die psychosomatische Versorgungsforschung mit ihrem Bezug zur Realversorgung einen wesentlichen Beitrag leisten – auch wenn dies angesichts der Heterogenität der Versorgungsstruktur und der Patientenpopulation, die auch in der vorliegenden Studie beobachtet werden konnten, eine schwierige Aufgabe ist. Notwendig wären umfangreiche Untersuchungen zur Behandlungsdauer und zu Langzeitergebnissen mit großen und möglichst repräsentativen Patientenzahlen, möglichst aus verschiedenen Kliniken. Es dürfte außerdem sinnvoll sein, Variablen mit einzubeziehen, welche den Therapieprozess beschreiben, da dieser vermutlich ebenfalls entscheidend für die Behandlungsdauer und das Therapieergebnis ist. Zusätzlich wäre eine Auswahl an krankheitsspezifischen Erfolgsmaßen wichtig, damit Effekte differenziert analysiert werden können und um ein gerechtes Benchmarking zu gewährleisten, d.h. Unterschiede in der Behandlungsdauer zwischen verschiedenen Einrichtungen mit Bezug auf die Behandlungseffekte relativieren zu können (Hermann et al. 2007). Das in der Psy-BaDo-PTM enthaltene ISR stellt hierzu einen vielversprechenden Ansatz dar.

## 7. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war – vor dem Hintergrund bereits publizierter Erkenntnisse der Behandlungsdauerforschung – zu prüfen, welche soziodemografischen und krankheitsbezogenen Variablen bei Patienten mit depressiven Störungen (ICD-10 F31-33) in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung die Behandlungsdauer beeinflussen.

Dafür wurde ein Datensatz aus der Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) der Psychosomatischen Klinik Windach untersucht, der Routineerhebungen aus den Jahren 2009 bis 2012 beinhaltete (Patientenbefragung und Dokumentation durch Therapeuten). Nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien für diese Studie (Hauptdiagnose, Mindestaufenthaltsdauer, weitgehend vollständige und plausible Datensätze) verblieben 2851 Fälle (Aufnahmen) für die sekundäranalytische Auswertung. Hypothesengeleitet wurden 27 unabhängige Variablen als potentielle Einflussfaktoren zunächst bivariat auf ihren Einfluss auf die abhängige Variable Behandlungsdauer untersucht. Hierzu wurden neben deskriptiver Statistik nichtparametrische Unterschiedstests eingesetzt (Kruskal-Wallis-Test, Kolmogorov-Smirnov-Test). Die im ersten Schritt nach Adjustierung des Signifikanzniveaus signifikanten Ergebnisse wurden im zweiten Schritt mittels mehrfaktorieller Varianzanalyse überprüft. Für Variablen, die auch in der multivariaten Analyse signifikante Effekte zeigten, wurde besondere praktische Relevanz der Ergebnisse angenommen. Zusätzlich wurde eine Klassifikationsanalyse durchgeführt, um Patientengruppen mit besonders langer und solche mit besonders kurzer Behandlungsdauer identifizieren und charakterisieren zu können.

Die untersuchte Stichprobe zeigte trotz leichter Abweichung von der bundesdeutschen Krankenhausstatistik mit Überwiegen des weiblichen Geschlechts und einem mittleren Altersdurchschnitt von 45 Jahren noch typische Merkmale der Patientenstruktur einer psychosomatischen Klinik. Neben einigen Variablen mit tendenziellem Einfluss waren ein höherer Schweregrad der depressiven Symptomatik (ISR-Skala „Depressives Syndrom“), längere AU-Zeiten im Jahr vor der stationären Behandlung, eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung als psychische Nebendiagnose, eine hohe Motivation (aus Therapeutensicht), jüngerer Alter und das Fehlen eines Partners in der untersuchten Stichprobe letztlich bedeutsam mit einer längeren Behandlungsdauer verbunden. Die Klassifikationsanalyse zeigte ergänzend, dass ein höherer Schweregrad der Depression in Kombination mit jüngerem Alter und/oder größerer Motivation und/oder fehlendem Lebenspartner eine überdurchschnittliche Behandlungsdauer begründet.

Diese Ergebnisse ordnen sich weitgehend in den bisherigen Stand der Forschung ein. Schweregrad und Alter wurden in Studien mit ähnlichem Patientenkontext als Einflussfaktoren identifiziert, Motivation in mehreren indikationsübergreifenden Studien. Noch besser als weitere patientenbezogene Merkmale können vermutlich nur Struktur-, Prozess- und Organisationsmerkmale, die im hier ausgewerteten Datensatz nicht enthalten waren, die Streuung in der Behandlungsdauer in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung in Deutschland erklären. Hier sind insbesondere der therapeutische Ansatz, die Therapeut-Patient-Beziehung, die medikamentöse Behandlung, verfügbare Behandlungskapazitäten und die ambulante Versorgungsstruktur der Umgebung, aber auch weitere Patientencharakteristika, wie etwa Selbstwirksamkeitsüberzeugung oder bedeutende Lebensereignisse im Laufe der Therapie als potentielle Einflussfaktoren zu nennen.

Weitere Studien sollten diese Faktoren berücksichtigen. Die Behandlungsdauer sollte zudem auch im Zusammenhang mit den Therapieeffekten erforscht werden, damit einerseits negative Konsequenzen zu kurzer Behandlungsdauern für den Gesundheitsstatus der Betroffenen verhindert werden können, andererseits aber auch keine Ressourcen durch unnötig lange Behandlungsdauern verschwendet werden. Hierzu dürfte die psychosomatische Versorgungsforschung einen weiteren wichtigen Beitrag leisten können.

## Literatur

Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007, unter: [http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse\\_80&id80\\_10.02](http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_80&id80_10.02) (abgerufen am 12.7.2013)

Ashcraft ML, Fries BE, Nerenz DR, Falcon SP, Srivastava SV, Lee CZ, Berki SE, Errera P (1989): A psychiatric patient classification system. Med Care 27: 543-557

Barnow S, Linden M, Schaub RT (1997): The impact of psychosocial and clinical variables on duration of inpatient treatment for depression. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 32: 312-316

Bassler M, Krauthauser H, Hoffmann S (1995): Welche Faktoren beeinflussen die Dauer von stationärer Psychotherapie?. PPM. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 45: 167-175

Bastine RHE (1998) Klinische Psychologie (3. ed. Vol. 1). Kohlhammer, Stuttgart

Borgart E, Meermann R (1999): Bedingungsfaktoren unterschiedlicher Behandlungsdauer bei Angststörungen im Rahmen stationärer Verhaltenstherapie. PPM. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 49, 109-113

BAR – Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2004): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Frankfurt/M.

Buckingham B, Burgess P, Solomon S, Pirkis J, Eagar K (1998): Developing a Casemix Classification for Mental Health Services: Summary. Canberra: Commonwealth Department of Health & Family Services

Creed F, Tomenson B, Anthony P, Tramner M (1997): BRIEF COMMUNICATION. Predicting length of stay in psychiatry. Psychological Medicine 27: 961-966

DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2009): S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Band 1. Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Steinkopff-Verlag, Heidelberg

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression\* (2009): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Kurzfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: <http://www.dgppn.de>, <http://www.versorgungsleitlinien.de>, <http://www.awmf-leitlinien.de>. (\*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK,BDP,BPM,BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVt, DPG, DPV, DPtV, DVT, Deutscher Hausärztesverband, GwG, KND).

DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2012): ICD-10-GM, Version 2013, Systematisches Verzeichnis. o.O. (Köln) 2012

Ermann M (1999): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Kohlhammer, Stuttgart 1999 (3. Überarbeitete und erweiterte Auflage)

Franz M, Janssen P, Lentsche H et al. (2000): Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 46: 242-258

Frick U, Rehm J, Krischker S, Cording C (1999): Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organizational characteristics-a multilevel analysis. International Journal of Methods in Psychiatric Research 8: 146-161

Friedrichs, J (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. Westdeutscher Verlag, Opladen 1990 (14. Auflage)

Gaebel W, Janssen B, van Brederode M, Kitzig F (2007): „Benchmarking in der psychiatrischen Akutbehandlung – ein Modellprojekt im Klinikverbund“. Abschlussbericht. Düsseldorf 2007

Galuska J (2010): Zur psychosozialen Lage. unter: <http://www.psychosoziale-lage.de/> (abgerufen am 11.7.2013)

Harbeck S, Kliem S, Wollburg E, Braukhaus C, Kröger C (2013): Remission, Response und deren Prädiktoren bei stationären Depressionspatienten. Psychother Psych Med 63: 272-279

Härter H, Berger M, Sitta P et al. (2004): Externe Qualitätssicherung bei stationärer Depressionsbehandlung – Modellprojekt der Landesärztekammer Baden-Württemberg. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101: A1970-A1974

Hermann EK, Häusler R, Hürlimann E, Lang W, Vauth R (2007): Benchmarkbildung in der stationären Depressionsbehandlung. Teil 1: Ist schneller auch besser? Psychiatrie 4/2007: 21-24

Hermann EK, Häusler R, Hürlimann E, Lang W, Vauth R (2008): Benchmarkbildung in der stationären Depressionsbehandlung. Teil 2: Doppelt so krank heisst viermal so lang? Psychiatrie 1/2008: 21-24

Herzog W, Beutel ME, Kruse J (Hrsg.) (2013): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Schattauer, Stuttgart

Heuft G, Senf W (1998): Psy-BaDo – Basisdokumentation in der Psychotherapie. Deutsches Ärzteblatt 95: A-2688-2692

Horn SD, Chambers AF, Sharkey PD, Horn RA (1989): Psychiatric severity of illness. A case mix study. Med Care 27: 69-84

ICD-10: siehe DIMDI

Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine* 34(4): 594–611

Klauer T, Maibaum F, Schneider W (2007): Selbst- und Fremdeinschätzungen der Therapiemotivation als Prädiktoren von Behandlungsabbrüchen in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 254 (Suppl.2): 107-111

Klinik Windach (2012): Persönlichkeitsstörungen. Unter: <https://klinik-windach.de/krankheitsbilder/persoendlichkeitsstoerung/> (abgerufen am 20.11.2013)

Klose C, Matteucci-Gothe R, Linden M (2006): Die Vor- und Nachbehandlung in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 45: 359-368

Koc F (2013): DRG und Psychiatrie – Das neue Psych-Entgeltsystem in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) – Behandlungsgruppen im Psych-PV-Bereich. unter: [www.medknowledge.de/qualitaetsmanagement/drg-psychiatrie.htm](http://www.medknowledge.de/qualitaetsmanagement/drg-psychiatrie.htm) (abgerufen am 12.7.2013)

Konermann J, Hammerstein J, Zaudig M, Tritt K (2006): Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen in psychosomatischen/psychotherapeutischen Kliniken. *Persönlichkeitsstörungen* 10: 3-17

Mestel R, Neeb K, Hauke B et al. (2000): Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten. In: Bassler M (Hrsg.): *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie*. Psychosozial-Verlag, Gießen: 98-145

McCrone P, Phelan M (1994): Diagnosis and length of psychiatric in-patient stay. *Psychological Medicine* 24: 1025-1030

Möller HJ (1997): *Psychiatrie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart 1997 (3. überarbeitete Auflage)

Nieminen P, Isohanni M, Winblad I (1994): Length of hospitalization in an acute patients' therapeutic community ward. *Acta Psychiatr Scand* 90: 466-472

Nosper M (1999): Der Erfolg Psychosomatischer Rehabilitation in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer. *Psychother Psych Med* 49: 354-360

Probst T, von Heymann F, Zaudig M, Konermann J, Lahmann C, Loew T, Tritt K (2009): Effektivität stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung – Ergebnisse einer multizentrischen Katamnesestudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 55: 409-420

Psychosomatische Klinik Windach (2010): Strukturierter Qualitätsbericht gem. § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V. Windach

Reker T, Richter D, Bätz B et al. (2004): [Short term effects of acute inpatient treatment of alcoholics. A prospective multicenter study.] *Nervenarzt* 75: 234-241



Richter D (2001): Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung – Eine Übersicht über Methodik, Einflussfaktoren und Auswirkungen. Fortschr Neurol Psychiat 69: 19-31

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Berlin 2008 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41)

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2010): Depressive Erkrankungen. Berlin 2010 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51)

Rudolf G (1995): Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Enke Verlag, Stuttgart 1995 (2. Auflage)

Rudolf G (2000): Ergebnisse von Prozess-Outcome-Forschung in der stationären Psychotherapie. In: Tress W, Wöller W, Horn E (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. VAS, Frankfurt, S. 30-44

Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association, 3. ed. Hogrefe-Verlag, Göttingen

Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C et al. (Hrsg.) (2008): Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement. Schattauer, Stuttgart/New York 2008

Schmieder KA (2010): Zusammenhänge zwischen Verweildauer und Behandlungserfolg in stationärer und teilstationärer Psychotherapie. Universität Freiburg (Diss.)

Schubert D, Yokley J, Sloan D, Gottesman H (1995): Impact of the interaction of depression and physical illness on a psychiatric unit's length of stay. General hospital psychiatry 17: 326-334

Schulz H, Barghaan D, Harfst T et al. (2008): Stellung der psychosomatischen Rehabilitation im Gesundheitswesen. In: Schmid-Ott G et al. (Hrsg.): Rehabilitation in der Psychosomatik. Stuttgart, New York 2008: 76-80

Sitta P, Brand S, Schneider F, Gaebel W, Berger M, Farin E, Härter M (2006): Faires Benchmarking der Behandlungsdauer depressiver Patienten in psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken. Psychother Psych Med 56: 128-137

Sloan DM, Yokley J, Gottesman H, Schubert D (1999): A Five-Year Study on the Interactive Effects of Depression and Physical Illness on Psychiatric Unit Length of Stay. Psychosomatic Medicine 61: 21-25

Statistisches Bundesamt (2012): Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2011. Fachserie 12, Reihe 6.1.2. Wiesbaden 2012,

Statistisches Bundesamt (2013): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2011. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2013

Statistisches Bundesamt (2013a): Gesundheit. Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Wiesbaden 2013

Stevens A, Hammer K, Buchkremer G (2001): A statistical model for length of psychiatric inpatient treatment and an analysis of contributing factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103: 203-211

Tokar, M (2007): Therapeutische Misserfolge in der stationären Psychotherapie - Bestimmung von Charakteristika und Katamnesen verschlechterter Patientinnen und Patienten. Universität Koblenz-Landau (Diplomarbeit)

Tritt K, Bidmon RK, Loew T et al. (2007): Zehn Thesen zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung – ein Positionspapier. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* 12: 147-159

Tritt K, von Heymann F, Loew T et al. (2003): Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-BaDo-PTM. *Psychotherapie* 8: 244-251

Tritt K, von Heymann F, Zaudig M et al. (2010): Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR): Zusammenhänge mit der SCL-90-R. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 3: 22-37

Tritt K, von Heymann F, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W. Loew T (2007a): Die Entwicklung des Fragebogens ICD-10-Symptom-Rating (ISR) – Kurzbeschreibung der Pilotversion 1.0 und der Version 2.0. unter: <http://www.igp-online.de/index.php?page=download> (abgerufen am 10.2.2013)

Tritt K, von Heymann F, Zaudig M, Zacharias I, Söllner W. Loew T (2008): Entwicklung des Fragebogens „ICD-10-Symptom-Rating“ (ISR). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin* 54: 409-418

Victor A, Elsäßer A, Hommel G, Blettner M (2010): Wie bewertet man die p-Wert-Flut? Hinweise zum Umgang mit dem multiplen Testen. *Dtsch Arztebl Int* 107: 50-56

von Heymann F, Zaudig M, Tritt K et al. (2003): Ist die diagnosebezogene Behandlungsdauer homogen? Erste Ergebnisse der Multicenter-Basisdokumentation (Psy-BaDo-PTM) als Grundlage qualitätssichernder Maßnahmen in der stationären Psychosomatik. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 62: 209-221

Wahlert J, Mestel R (2008). Kriterien zur Indikation psychosomatischer Rehabilitation und Abgrenzung zur kurativen Psychotherapie. In: Schmid-Ott G, Wiegand-Grefe S, Jacobi C et al. (Hrsg.) (2008): *Rehabilitation in der Psychosomatik. Versorgungsstrukturen – Behandlungsangebote – Qualitätsmanagement*. Schattauer, Stuttgart/New York 2008: 255-266

Wietersheim J v, Zeeck A, Küchenhoff J (2005): Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 55(2): 79–83

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 21: 655-679

Wolfersdorf M (2008): Depression und Suizid. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 51: 443-450

Zaudig M (2004): Fünfzig Jahre psychosomatische Krankenhausbehandlung. In: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 50: 355-375

Zepf S, Mengele U, Marx A (2001) Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgungslage in der Bundesrepublik Deutschland. Psychosozial-Verlag, Gießen

Zielke M, Dehmlow A, Wülbeck B, Limbacher K (1997): Einflußfaktoren auf die Behandlungsdauer bei psychosomatischen Erkrankungen in der stationären Verhaltenstherapie. Praxis Klinische Verhaltenstherapie und Rehabilitation 37: 22-56

## Anhang

## Anhang 1: PsyBaDo-PTM Version 4.1 vom 3.2.2009 (Auszug)

### Variablenbeschreibung

#### Index 1 - Therapeuten-Items Behandlungsbeginn

Lfd. Nr.	Variablen-abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
1	Index 1	T - EDV	Therapeuten-Items Behandlungsbeginn	num,1	1	
2	Behandler	T - EDV	Behandler  (z.B. Nummer der Klinik, der Institution, pers. Arztnummer, etc)  Begründung: Notwendig der Identifizierung des Behandlers für das Benchmarking im Rahmen des IQP, wird vom IQP vergeben	str, 10		
3	Sub-Behandler	T – EDV optional	Sub-Behandler  (z.B. einzelne Stationen )  Begründung: Subanalyse wird im gesetzlich geforderten Qualitätsbericht verlangt	str, 10		10x9 = wird nicht erhoben
4	Patientennummer	T - EDV	Nummer des Patienten  Begründung – Identifizierung des Patienten für die Datenqualitätskontrolle.	str, variable Länge		nur Ziffern und Buchstaben (a-z, A-Z,0-9)
5	Versorgungsbereich	T – EDV	Versorgungsbereich  Begründung: Dokumentation des Versorgungsbereiches – wichtig für Selektion bei sektorenspezifischen Auswertungen	num,2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	ambulant Institutsambulanz Poliklinik Konsil/Liason Psychosomatik akut (§39 SGB V) Psychosomatik akut teilstationär (§39 SGB V) Psychosomatik Reha (§40 SGB V) Psychiatrie akut (§39 SGB V) Psychiatrie akut teilstationär (§39 SGB V) Psychiatrie Reha (§40 SGB V) Kinder- und Jugendpsychiatrie Sucht-Reha (§40 SGB V) Heimbereich/Pflege Forensik sonstige Versorgungsart
6	Aufnahmedatum	T- EDV	Aufnahmedatum  Siehe Kommentar zu Behandler – wichtig für die Berechnung und Plausibilitätsprüfung der Behandlungsdauer und des Alters insb. bei Katamnese.	dat,10		tt.mm.jjjj (mit Punkt als Trennzeichen)

Lfd. Nr.	Variablen- abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ansprägungen, Anmerkungen
7	Kosten- träger	T - EDV	Kostenträger  Welcher Kostenträger trägt überwiegend die Kosten für die Behandlung?  Begründung: Wichtig zur Erfassung von Konfundierungen beim Benchmarking, Behandlungseffekte und -dauer, Stichprobenbeschreibung bei Versorgungsforschung ... Weitere Fragestellungen???	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 999	RVO-Kassen Ersatzkassen Betriebskrankenkassen Privat-Versicherung Beihilfe Deutsche Rentenversicherung-Regional Deutsche Rentenversicherung -Bund Sozialhilfe Berufsgenossenschaft Selbstzahler Pflegeversicherung Justiz sonstige unbekannt/unklar
8	Leistungs- abrechnung	T - EDV	Art der Leistungsabrechnung  Begründung: Wichtig für nach Versorgungsbereich getrennten Auswertungen und zur Erfassung von Konfundierungen beim Benchmarking (insb. bei Auswertungen bzgl. der Behandlungsdauer, da die Reha-Bewilligungszeiten in Blocks erfolgen).	num,2	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	Akutbehandlung (§ 39 SGB V; vollstationär) Reha-Behandlung (§ 40 SGB V, vollstationär) Tagklinik (§ 39 SGB V) ambulant Reha ganztägige (§ 40 SGB V) gemischte Behandlung (d.h. Reha- und Akut) voll<teilstationär teil < vollstationär mehrfacher Wechsel ambulante Behandlung C/L-Dienst Begleitperson
9	Einweiser	T	Einweiser/Reha-Antragsteller  Begründung: Erfassung von Zielgruppen für Zielgruppenanalysen (Verwaltung) und Versorgungsforschung → Zugangswege – sonstige Fragestellungen???	num,3	1 2 3 4 5 6 999	Allgemeinarzt/ prakt. Arzt / Internist Psychiater/ Nervenarzt Facharzt für Psychotherapeutische Medizin ärztlicher Psychotherapeut sonstiger Facharzt Verlegung aus anderer Klinik unbekannt/ sonstiges
10	Barriere	T	Wie hoch schätzen Sie die sprachlichen bzw. kulturellen Barrieren* des Patienten für eine Psychotherapie ein?  *gemeint sind hier die Deutsch- und Kulturkenntnisse bei Menschen mit nicht deutscher Muttersprache bzw. mit Migrationshintergrund.  Begründung: Ausreichende Sprach- und Kulturkenntnisse können große Auswirkungen auf die Therapieeffekte haben. Darüber hinaus kann über diese Variable eine Auswertung der fremdsprachigen Angebote erzielt werden.	num,1	1 2 3 4 5	nicht vorhanden kaum mittel hoch Therapie erfolgt in der Muttersprache
11	Renten- begehren	T - optional	Haben Sie den Eindruck, dass beim Patienten ein „Rentenbegehren“ vorliegt (z.B. ein Antrag wurde bereits abgelehnt)?  Begründung: Wichtig für Therapieeffekte & prognostisch sowie für Katamnesen	num,3	0 1 2 999	kein verdeckt offen wird nicht erhoben
12	Suizid- versuch	T	Suizidversuch aktuell bzw. in Zusammenhang mit Aufnahmegrund  Begründung – Indikator für Schweregrad und Chronifizierung	num,3	0 1 2 3 999	keiner sicher gefährlicher Suizidversuch sonstiger Suizidversuch vorsätzliche Selbstbeschädigung ohne Suizidabsicht unbekannt/unklar

Lfd. Nr.	Variablen- abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
13	Suizid anzahl	T	Anzahl früherer Suizidversuche	num,3	0 999	keiner unbekannt/unklar
14	Motivation	T	Motivation zur vorgesehenen Therapie	num,1	0 1 2 3 4	nicht motiviert kaum motiviert etwas motiviert motiviert sehr motiviert
15	Anamnese_ gesamt	T	Gesamtdauer der psychischen Beschwerden (nicht auf die Hauptdiagnose beschränkt)  Begründung: Wichtiger Indikator für Chronifizierung	num,3	0 1 2 3 4 5 6 999	bis 6 Monate bis 1 Jahr bis 2 Jahre bis 5 Jahre bis 10 Jahre bis 15 Jahre mehr als 15 Jahre unbekannt/unklar
16	Anamnese_ aktuell	T - optional	Zeitraum seit Beginn der jetzigen psychischen Störung(en), die zur Aufnahme führten ?  Begründung: Dauer zwischen Auftreten der Erkrankung und Einweisung ist wichtiger Indikator für Chronifizierung. Aktualität und Schweregrad der Symptomatik und Schnelligkeit von Einweisungen	num,3	0 1 2 3 4 5 888 999	< 1 Woche > 1 Woche bis 4 Wochen > 4 Wochen bis 3 Monate > 3 Monate bis 6 Monate > 6 Monate bis 1 Jahr > 1 Jahr wird nicht erhoben unbekannt/unklar
17	Haupt- diagnose	T	Hauptdiagnose ist	num,1	1 2	psychisch somatisch
18	psychische_ Diagnosen	T	psychische Diagnosen	str, variable Länge		Eingabe aller Diagnosen in ein Datenfeld ohne Punkt nacheinander, durch Komma getrennt, Die Hauptbehandlungs-Diagnose zuerst. Beispiel: F320,F411,F602 Anzahl der Diagnosen ist unbegrenzt.
19	psy_Diagno se_sicher	T	Sicherheit psychische Diagnose  nur für ambulanten Versorgungsbereich	str, variable Länge	1 2 3 4 999	Ausgeschlossene Diagnose Verdachtsdiagnose Zustand nach Gesicherte Diagnose wird nicht erhoben (Default für Kliniken)  Eingabe aller zur jeweiligen Diagnose gehörigen Ausprägungen nacheinander getrennt durch Komma Beispiel: 4,4,1
20	somatische_ Diagnosen	T	somatische Diagnosen	str, variable Länge		Eingabe aller Diagnosen ohne Punkt nacheinander, durch Komma getrennt, analog zu psychischer Hauptdiagnose. Anzahl der Diagnosen ist unbegrenzt.
21	som_Diagn ose_sicher	T	Sicherheit somatische Diagnose  nur für ambulanten Versorgungsbereich	str, variable Länge	1 2 3 4 999	Ausgeschlossene Diagnose Verdachtsdiagnose Zustand nach Gesicherte Diagnose wird nicht erhoben (Default für Kliniken)  Eingabe aller zur jeweiligen Diagnose gehörigen Ausprägungen nacheinander getrennt durch Komma Beispiel: 4,4,1

Lfd. Nr.	Variablen- abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
22	GAF_A	T	GAF bei Aufnahme  In % der Funktionsfähigkeit (siehe GAF- Übersicht mit Kategorienbeschreibung  Begründung: Zur Erfassung des Schweregrades	num,3	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Unzureichende Information 1-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90 91-100
23	GARF_A	T - optional	GARF	num,3	0 1 2 3 4 5 999	Unzureichende Informationen 0-20 – chaotisch 21-40 – selten befriedigend 41-60 – überwiegend unbefriedigend 62-80 – etwas befriedigend 81-100 – befriedigend wird nicht erhoben

Psy-BaDo-PTM Version 4.1 vom 03.02.2009 © IQP München, Werdenfelsstrasse 81, 81377 München



## Index 2 - Patienten-Items Behandlungsbeginn

Lfd. Nr.	Variablen-abkürzung	Erhebungsart P=Patient T=Therapeut	Bezeichnung der Variablen	Feldtyp Feld- breite	Code	Ausprägungen, Anmerkungen
1	Index2	EDV	Patienten-Items Behandlungsbeginn  Begründung: wird für Datenübertragung an das IQP benötigt.	num,1	2	
2	Behandler	T - EDV	Behandler  (z.B.Nummer der Klinik, der Institution, pers. Arztnummer,etc)  Begründung: Notwendig der Identifizierung des Behandlers für das Benchmarking im Rahmen des IQP, wird vom IQP vergeben	str, 10		
3	Sub-Behandler	T – EDV optional	Sub-Behandler  (z.B. einzelne Stationen )  Begründung: Subanalyse wird im gesetzlich geforderten Qualitätsbericht verlangt	str, 10		10x9 = wird nicht erhoben
4	Patientennummer	T - EDV	Nummer des Patienten  Begründung – Identifizierung des Patienten für die Datenqualitätskontrolle.	str, variable Länge		nur Ziffern und Buchstaben (a-z, A-Z,0-9)
5	Behandlungs_Empfehlung	P	Wer hat Ihnen die Behandlung hier empfohlen?  Bitte geben Sie <u>alle</u> Personen oder Institutionen (Klinik etc.) an, die Ihnen die Behandlung hier empfohlen haben.  <u>Mehrfachantworten</u>  Begründung: Erfassung von Zielgruppen für Zielgruppenanalysen (Verwaltung) und Versorgungsforschung → Zugangswege – sonstige Fragestellungen???	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 999	Hausarzt Psychotherapeut (Psychologe, ärztlicher Psychotherapeut (auch FA für Psychiatrie, FA für Psychosomatische Medizin)) sonstiger Arzt (wählen, auch wenn Arztart nicht bekannt) Psychotherapeut/Psychiater in einer Klinik (Konsiliar-/Liaison-Dienst) sonstige Therapeuten (z.B. Heilpraktiker) Beratungsstelle (psychosoziale Beratung) Paar-/ Familien- oder Suchtberatung ehemaliger Patient, Freunde oder Verwandte Selbsthilfegruppe, Laienhelfer Kostenträger, Leistungsträger (Ihre Kranken- bzw. Rentenversicherung) interne Verlegung unsere Klinik hat Ihre Aufnahme bei uns empfohlen (ambulantes Vorgespräch) Empfehlung durch eine andere Klinik keine Empfehlung, ich komme von mir aus Wiederaufnahme allgemeine Sozialdienste Heim Werkstatt für Behinderte (Sonder-) Schule Gesundheitsamt Jugendamt Polizei, Landratsamt, Ordnungsamt Maßregelvollzug, Gericht, Justiz Betreuer (wenn nicht Angehörige) unbekannt/ sonstiges

6	Geschlecht	P bzw EDV	Geschlecht  Begründung: wichtig für Konfundierungseffekte und für Versorgungsforschung; Stichprobenbeschreibung und – charakterisierungen	num,1	1 2	männlich weiblich
7	Geburtsdatum	P bzw. EDV	Geburtsdatum  Begründung: Wichtig für Altersberechnung - als Konfundierungsfaktor und bei der Versorgungsforschung für Stichprobenbeschreibungen und – charakterisierungen	dat,10		tt.mm.jjjj (Punkt als Trennzeichen)
8	Nation	P	Nationalität/Staatsbürgerschaft  Begründung: Wichtig zur Erfassung von Patientenströme und ob ein Bedarf an spezifische, fremdsprachige Angebote vorliegt (Bedarfsermittlung).	str,3		(Internationale Autokennzeichen, siehe letzte Seiten) Auswahlempfehlung (Papier): Deutschland, Österreich, Schweiz, Italien, Luxemburg und ein freies Antwortfeld;
9	Haushalt	P	In wessen Haushalt lebt der Patient?  Begründung: Erfassung der Selbstständigkeit in der Lebensführung sowie sozialer Rückhalt/Hilfe bzgl. der Wohnsituation, die einen Einfluss auf die Behandlungsdauer und Therapieeffekte haben.	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 999	Eltern/Schwiegereltern/Pflege-, Stiefeltern eigener Haushalt mit Partner/ eig. Fam. allein/eigener Haushalt ohne Partner bei Kindern (auch Pflege-, Adoptiv-Kindern) Schwester/Bruder bei Enkeln (auch Pflege-, Adoptiv-Enkel) andere Verwandte Bekannten, Wohngemeinschaft Institution (z.B. betreutes Wohnen, Altersheim) sonstiger Haushalt ohne festen Wohnsitz sonstige unbekannt/unklar
10	Partner situation	P	Wie ist Ihre aktuelle Partnersituation?  Begründung: Wichtig für die Stichprobenbeschreibung, Indikator für soz. Integration/Netzwerke und diese Variable zusammen mit Familienstand hat einen nachgewiesenen Effekt auf Behandlungsdauer	num,3	1 2 3 4 5	kurzfristig (< 1 Jahre) kein Partner langfristig (> 1 Jahre), dauerhaft kein Partner wechselnde Partner (unverbindliche Beziehungen, die keinen echten sozialen Rückhalt bieten fester Partner, zusammen lebend fester Partner, nicht zusammen lebend
11	Familien stand	P	Bitte geben Sie Ihren aktuellen (d.h. zeitlich zuletzt) eingetretenen Familienstand an  Begründung: Wichtig für die Stichprobenbeschreibung, Indikator für soz. Integration/Netzwerke und diese Variable zusammen mit Partnerschaft hat einen nachgewiesenen Effekt auf Behandlungsdauer	num,3	1 2 3 4 5	ledig verheiratet bzw. eingetragene Lebensgemeinschaft, zusammenlebend verheiratet bzw. eingetragene Lebensgemeinschaft, getrennt lebend geschieden verwitwet
12	Anzahl_Kinder	P - optional	Wie viele Kinder leben in Ihrem Haushalt, über die Sie Erziehungsverantwortung haben?  Begründung: Belastungs- und protektive Faktoren, die mit der Stabilisierung, den Anforderungen, Verpflichtungen und der Erziehungsverantwortung zusammenhängen, können untersucht werden.	num,3	0 999	Anzahl keine Kinder nicht erhoben

13	Schulabschluss	P	Wie lautet Ihr <u>höchster</u> Schulabschluss?  Begründung: Bildung wichtig als Indikator für SES (problematisches Konstrukt, aber Indikator für den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychischer Gesundheit) und bekannt als Einflussfaktor für Therapieeffekte	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 999	noch in der Schule kein Schulabschluss Sonderschulabschluss Haupt-/ Volksschulabschluss, ohne Quali/Abschluss Haupt-/ Volksschulabschluss, mit Quali/Abschluss Realschulabschluss/ Mittlere Reife polytechnische Oberschule Abitur /Fachabitur sonstiger Abschluss, z.B. schwer zuordenbarer ausländischer Abschluss) unbekannt/unklar
14	Berufsabschluss	P	Wie lautet Ihr <u>höchster</u> Berufsabschluss?  Nur eine Antwort ist möglich.  Begründung: SES – Indikator – s. Schulabschluss	num,3	1 2 3 4 5 6 9 999	noch in Berufsausbildung, Student/in Lehre abgeschlossen Fachschule abgeschlossen Meister Fachhochschul- /Universitätsabschluss ohne Abschluss sonstiger Abschluss (z.B. unklar, ob es sich um einen Berufsabschluss handelt) Unbekannt/unklar
15	Berufstätigkeit	P	Wie lautet Ihre <u>zuletzt</u> ausgeübte Berufstätigkeit?  Nur eine Angabe ist möglich.  Begründung: SES-Indikator – s. auch Begründung der Variablen „Schulbildung“. Rechtlich besteht keine Differenzierung zwischen Arbeiter und Angestellten mehr, eine neue kategoriale Einteilung z.B. seitens der DRV, noch nicht vor. Wir schlagen vor, vorläufig die bisherige Kategorisierung aufrecht zu erhalten.	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 999	ungelernter/ angelernter Arbeiter Facharbeiter, nicht-selbständiger Handwerker einfacher Angestellter/Beamter mittlerer Angestellter/Beamter im mittleren Dienst höherer Angestellter/Beamter im gehobenen Dienst hochqualifizierter/ ltd. Angestellter/ Beamter im höheren Dienst Selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (kleine Betriebe) Selbständiger Handwerker, Landwirt, Gewerbetreibender (mittlere Betriebe) Selbständiger Akademiker, Freiberufler, größerer Unternehmer in Ausbildung/Lehre nie erwerbstätig unbekannt/ unklar
16	Erwerbstätigkeit	P	Geben Sie bitte die Art Ihrer <u>jetzigen</u> Berufs- und Erwerbssituation an:  Beachten Sie dabei: bei mehreren Tätigkeiten sollten Sie die zeitlich überwiegende wählen - oder ggf. mehrere Teilzeitbeschäftigungen zu einer 'Vollzeitbeschäftigung' zusammenfassen.  Nur eine Angabe ist möglich.  Begründung: SES-Indikator – s. noch Begründung von Schulbildung	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 999	berufstätig, Vollzeit berufstätig, Teilzeit Altersteilzeit zweiter Arbeitsmarkt/Minijob gelegentlich berufstätig, unregelmäßige, Gelegenheitsarbeit Berufsfördernde Maßnahme mithelfender Familienangehöriger, nicht berufstätig Hausfrau/ Hausmann, nicht berufstätig Ausbildung /Umschulung Wehr-/ Zivildienst, freiwilliges soziales Jahr beschützt beschäftigt arbeitslos gemeldet Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente auf Zeit Frührente/ Altersrente/ Pension Witwen-/ Witwer-Rente Rente/Teilrente und beschäftigt anderweitig ohne berufliche Beschäftigung anderes unbekannt/ unklar

17	Einkommen	P	Geben Sie bitte die <u>überwiegende</u> derzeitige Quelle für Ihren Lebensunterhalt an:  Nur eine Angabe ist möglich.  <u>Begründung: SES-Indikator – s. noch</u> <u>Begründung von Schulbildung</u>	num,3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 999	Einkommen durch Arbeitstätigkeit/ Stipendium Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsrente Altersrente Krankengeld teils durch eigenes Aufkommen, teils durch Fremdaufkommen Unterstützung durch Eltern/Verwandte Unterhalt durch Ehegatten/Partner (auch bei Geschiedenen) Arbeitslosengeld I Arbeitslosengeld II BAföG sonstiges unbekannt/unklar
18	AU_Aufnahme	P	<u>Für Erwerbstätige:</u> Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) in Wochen: direkt vor der Aufnahme und ununterbrochen <u>Für Selbständige:</u> Wieviele Wochen direkt vor Ihrer Aufnahme konnten Sie ununterbrochen Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen? <u>Für Nichterwerbstätige:</u> Wieviele Wochen direkt vor Ihrer Aufnahme konnten Sie ununterbrochen Ihre alltäglichen Pflichten nicht nachkommen?  <u>Begründung: AU-Dauer wichtig für Kosten-Nutzen-Bewertungen, für Chronifizierung etc. ... Auch wegen dem Stellenwert der AU für den Reha- und den Krankenhausbereich, sollte die AU anhand von 2 Items abgefragt werden.</u> <u>Problem: Patienten könnten verschiedene Arbeitsversuche mit Abbrüchen hinter sich haben, sodass die unmittelbar vorangegangene AU als Indikator für Chronifizierung unbrauchbar wäre. Andererseits ist es wichtig zu wissen, ob die Patienten längere Wartezeiten vor Aufnahme haben.</u>	num,3	0 999	keine AU bei Aufnahme unbekannt, unklar
19	AU_gesamt	P	<u>Für Erwerbstätige:</u> Arbeitsunfähigkeit (Krankschreibung) in Wochen: in den letzten 12 Monaten insgesamt  <u>Für Selbständige:</u> Wieviele Wochen in den letzten 12 Monaten konnten Sie insgesamt Ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen?  <u>Für Nichterwerbstätige:</u> Wieviele Wochen in den letzten 12 Monate konnten Sie insgesamt Ihren alltäglichen Pflichten nicht nachkommen?  <u>Begründung: s. oben - AU-Dauer wichtig für Kosten-Nutzen-Bewertungen, für Chronifizierung etc. ...</u>	num,3	0 999	keine AU in den letzten 12 Monaten unbekannt, unklar
20	Rentenverfahren	P	Läuft für Sie ein beantragtes, <u>aber noch nicht bewilligtes</u> Rentenverfahren?  <u>Begründung: Wichtig für Prognose, Therapieeffekte und als Indikator für die Therapiemotivation.</u>	num,1	0 1 2 3 4	nein/trifft nicht zu Rentenantrag geplant Rentenantrag gestellt Rentenstreit/ Sozialgerichtsverfahren läuft Zeitrentenantrag gestellt
21	Stat_Vorbeh_Anzahl	P	<u>Anzahl Ihrer Klinikaufenthalte in Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen wegen psychischen und/oder psychosomatischen Beschwerden.</u>	num,3	0 999	keine unbekannt

22	Stat_Vorbeh_Dauer	P	<u>Gesamtdauer</u> Ihrer Klinikaufenthalte in Kliniken für <u>Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen</u> wegen psychischen und/oder psychosomatischen Beschwerden in Wochen.	num,3	0 999	keine unbekannt
23	Teilstat_Vorbeh_Anzahl	P	<u>Anzahl</u> Ihrer Tages-Klinikaufenthalte in Tageskliniken für <u>Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen</u> wegen psychischen und/oder psychosomatischen Beschwerden.	num,3	0 999	keine unbekannt
24	Teilstat_Vorbeh_Dauer	P	<u>Gesamtdauer</u> Ihrer Tages-Klinikaufenthalte in Tageskliniken für <u>Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Suchterkrankungen</u> wegen psychischen und/oder psychosomatischen Beschwerden in Wochen.	num,3	0 999	keine unbekannt
25	Amb_Vorbeh_Anzahl	P	Wieviele ambulante von einem Kostenträger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherung etc.) bezahlte Psychotherapien hatten Sie schon? (Anzahl)  Gemeint sind niedergelassene Psychologen und Ärzte; nicht gemeint sind Selbsthilfegruppen, Beratungsgespräche oder Selbsterfahrungsworkshops	num,3	0 999	keine unbekannt
26	Amb_Vorbeh_Dauer	P	Wie viele ambulante, von der Krankenkasse bezahlte psychotherapeutische Gespräche (ab 25 Minuten Dauer) bzw. Psychotherapie-Stunden bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten haben Sie in Ihrem Leben bisher <u>insgesamt</u> gehabt?  Nicht gemeint sind Gespräche unter 25 Minuten, Selbsthilfegruppen, Beratungsgespräche oder Selbsterfahrungs-Workshops	num,1	1 2 3 4 5 6	keine bis zu 5 Std. 6 - 25 Std. 26 - 160 Std. 161 - 300 Std. > 300 Std.
27	Amb_Vorbeh_Aufnahme	P	Befanden Sie sich vor der Aufnahme in dieser Klinik in einer ambulanten Psychotherapie?  Nur für den stationären bzw.Konsiliar-/Liaison-Bereich	num,3	1 2 999	ja nein wird nicht erhoben (Default für ambulanten Bereich)
28	Pharma_Aufnahme	P	Sind Sie direkt vor Beginn dieser Behandlung über einen längeren Zeitraum mit vom Arzt verschriebenen Psychopharmaka behandelt worden (z.B. Mittel gegen Depressionen, angstlösende Medikamente, etc.)?	num,1	0 1 2 3 4	Nein Ja, bis zu 3 Monate lang Ja, 3-6 Monate lang Ja, 6-12 Monate lang Ja, mehr als 1 Jahr

## Anhang 2: Recodierungen

Var.-Nr.	Var.-Bezeichnung (Indikator)	Ausprägungen nach Recodierung (in Klammern: ursprüngliche Codes)
I1: 14	Motivation	keine oder kaum (0, 1) Rest unverändert
I1: 15	Anamnese gesamt (Dauer seit Erstmanifestation)	bis 1 Jahr (0, 1), bis 2 Jahre (2) bis 5 Jahre (3) bis 15 Jahre (4, 5), über 15 Jahre (6)
I2: 7	Alter	bis 24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, ab 65
I2: 9	Haushalt (Wohnsituation)	allein (3, 11), nicht allein (1, 2, 4-10)
I2: 10	Partnersituation	kein oder wechselnd (1, 2, 3), fest (4-5)
I2: 12	Anzahl Kinder	kein Kind (0), min. 1 Kind (1-9)
I2: 13	Schulabschluss	bis Hauptschule (2-5), mittlerer Abschluss (6, 7), höherer Abschluss (8)
I2: 14	Berufsabschluss	Fachschule/Meister (3, 4), Rest unverändert
I2: 15	Berufstätigkeit/-ausübung	angestellt (1-6, 10), selbstständig (7-9), nie (11)
I2: 16	Erwerbstätigkeit	ja (1-5, 9-11, 17) nein (7, 8, 12-16, 18) unklar (19)
I2: 17	Einkommen	Einkommen aus Sozialleistungen (2, 4, 6-10) reguläres Einkommen (1, 3) unklar (5, 11)
I2: 20	Rentenverfahren	nein/trifft nicht zu (0) ja (1-4)
I2: 21-26	Art und Dauer der Vorbehandlungen	Anzahl: jeweils 5 Stufen, s.u. Dauer: jeweils 5 Stufen, s.u.
I3: V8	Art der Beendigung	regulär (1) nicht regulär (2-17)

### Anhang 3: Bewertung der Vorbehandlungen

Anzahl stationärer und/oder teilstationärer Vorbehandlungen

Kategorie	Wert
keine	0
eine	1
zwei	2
drei	3
mehr als drei	4

Gesamtdauer stationärer und/oder teilstationärer Vorbehandlungen

Kategorie	Wert
keine	0
bis 5 Wochen	1
bis 10 Wochen	2
bis 20 Wochen	3
mehr als 20 Wochen	4

Anzahl ambulanter Vorbehandlungen

Kategorie	Wert
keine	0
eine	1
zwei	2
drei	3
mehr als drei	4

Gesamtdauer ambulanter Vorbehandlungen

Kategorie	Wert
keine	0
bis 5 Stunden	1
6 bis 25 Stunden	2
26 bis 160 Stunden	3
mehr als 160 Std.	4

## Eidesstattliche Versicherung

Jans, Monika

Ich erkläre hiermit an Eides statt,

dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

„Einflussfaktoren auf die Dauer der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Doktorandin/Doktorand